/14.

OM EXTRA-ABDOMINAL BEHANDLING

AF

CANCER INTESTINALIS

(RECTUM DERFRA UNDTAGET)

MED EN FREMSTILLING AF DE FOR DENNE SYGDOM FORETAGNE OPERATIONER OG DERES RESULTATER

(MEDDELELSE FRA DET KGL. FREDERIKS HOSPITALS AFD. C)

AF

OSCAR BLOCH
OVERKIRURG I KÖBENHAVN

SÄRTRYK FRA NORD. MED. ARKIV, 1892. N:R 1 & 8.

STOCKHOLM 1892
KUNGL. BOKTRYCKERIET. P. A. NORSTEDT & SÖNER

OM EXTRA-ABDOMINAL BEHANDLING

AF

CANCER INTESTINALIS

(RECTUM DERFRA UNDTAGET)

MED EN FREMSTILLING AF DE FOR DENNE SYGDOM FORETAGNE OPERATIONER OG DERES RESULTATER

(MEDDELELSE FRA DET KGL. FREDERIKS HOSPITALS AFD. C)

AF

OSCAR BLOCH
OVERKIRURG I KÖBENHAVN

SÄRTRYK FRA NORD. MED. ARKIV, 1892. N:R 1 & 8.

STOCKHOLM 1892
KUNGL. BOKTRYCKERIET. P. A. NORSTEDT & SÖNER

Om extra-abdominal Behandling af cancer intestinalis (rectum derfra undtaget)

med en Fremstilling af de for denne Sygdom foretagne Operationer og deres Resultater.

(Meddelelse fra det Kgl. Frederiks Hospitals Afd. C.)

Foredrag i Medicinskt Selskab i Köbenhavn den 20 oktober 1891.

Af

Overkirurg **OSCAR BLOCH.**

Indhold:

Cancer intestinalis er ingenlunde en själdent forekommende Lidelse, selv om man, således som det er Tilfäldet i denne Meddelelse, ser bort fra cancer recti. Det er, som det vil fremgå af de senere anförte Tal, ikke få Tilfälde, der have väret Genstand for Kirurgernes Indgreb, og talrige Tilfälde findes först ved Sektion. Da man jo, i samme Öjeblik som man har stillet Diagnosen af Tarmkancer, må betragte Patientens Liv som fortabt, må man anse det for fuldt ud berettiget, at Kirurgen gör Forsög på at fjärne Sygdommen, selv om Forsöget er forbundet med Livsfare for Patienten; ti Begrebet euthanasia, hidfört ved en Operation, bör gälde i Tilfälde, hvor en Lidelse, overladt til sig selv, medförer en så elendig Tilstand som den, en ileus med alle dens Komplikationer forårsager. Som det vil fremgå af den nedenfor anförte Sammenstilling af de Tilfälde, hvor man har opereret for cancer intestinalis (rectum stadigt undtaget), ere en Del Patienter döde som Fölge af Operationen; men ikke så ganske få ere blevne betydeligt lindrede, ja nogle have i lang Tid fölt sig helbredte.

Jeg har selv haft 3 Tilfälde af cancer intestinalis til Behandling; i alle 3 Tilfälde havde Karcinomet sit Säde i den af samme hyppigst angrebne Tarmdel, flexura sigmoidea. I det förste Tilfälde anså jeg et Forsög på radikal Kur for ikke at väre indiceret, da Sygdommen alt havde varet 3 År; Tilfäldet, der her meddeles i Korthed, er interessant i flere Henseender; först fordi man kunde forfölge Adhärencedannelsen imellem Tarmkancer og Bugväggen (en i og for sig ret själden Komplikation) ved at påvise Gnidningslyd, »Vävshul», fluktuerende Prominens med Dannelse af en fäkulent Absces; dernäst fordi Patienten, der havde haft komplet ileus i 22 Dage, rettede sig påfaldende, efter at der var gjort Kolostomi; ved denne Operations Udförelse måtte man end videre lösne lette Adhärencer imellem Karcinomet af flexura sigmoidea og de tilgränsende ansæ af Tyndtarmen, — hvilket ikke komplicerede Laparotomiens Forlöb; endelig er det värd at bemärke, at den fäkaloide Absces lukkede sig helt, da Tarmindholdet havde fået fri Passage ovenfor dens Sted.

Tilfäldet er fölgende:

Cancer flexuræ sigmoideæ. Ileus i 22 Dage. Colostomia ant. sin.

Ane Marie. 54 År, Enke efter Postbud. Indl. d. $^{14}/_{4}$ 88, udskr. d. $^{17}/_{6}$ 88.

Rask til *for 3 År siden*, da hendes nuvärende Sygdom begyndte: jävnligt Opkastninger og Diarré, samt Smerter i v. Side af abdomen. Diarréen har hyppigt vexlet med Obstipation; hun har da bemärket, at fæces vare smalle, båndformede. Åbningen, der stundom har väret usädvanligt stinkende, har flere Gange indeholdt pus og Blod. I Januar Måned dette År (d. e. for omtr. 3 Måneder siden) fik hun pludseligt kopiöse, biliöse (ikke fäkulente) Opkastninger samt stärkere Smerter i Underlivets venstre Side. Hun fik Opium og blev indlagt på Hospitalets medicinske Afdeling d. $^{3}/_{1}$ 1888. Her konstateredes stärk Udspiling af abdomen; ingen Åbning i 4 Dage. Under Brug af inj. morphicæ og store Vandklysterer kom der Åbning, og nogle Dage senere fölte man en bevägelig, valnödstor tumor i v. fossa iliaca.

Efter en Måneds Forlöb kom hun op og udskreves bedret til Hjemmet d. 16de Februar. Herefter befandt hun sig ret vel i en Måned; men i den sidste Måned ere de gamle Tilfälde komne igen, og hun har tillige bemärket, at den omtalte Svulst er voxet stärkt; desuden er hun bleven mager og har tabt i Kräfter, så at hun må holde Sängen. Åbningen har i sidste Måned väret sparsom, hård; fæces smalle, fladtrykte; hun har dagligt brugt clysma; laxantia have givet hende Smerter og Opkastning, hver Gang hun har forsögt dem.

Hun er mager, kakektisk, med lidende Ansigtsudtryk. Temp. 38,2. P. 84, regelmässig, lille. Tungen fugtig. Der er ingen Meteorisme; i den ömme v. fossa iliaca föles en gåseägstor, hård, i Dybden adhärent tumor, hvis längste Diameter er parallel med lig. Fallopii. Overfladen af tumor er glat, Perkussionen dämpet; den synes uafhängig af genitalia interna. Ved Rektalexploration föler Fingeren höjt oppe i v. Side den nederste Ende af tumor. Ved Tryk i Egnen af tumor märkes stundom en gurglende Lyd. I övrigt intet abnormt.

I de fölgende Dage har hun let forhöjet Aftentemperatur; dårlig Sövn trods Kloral, af og til lidt tynd Åbning. Man föler midt i det hårde Tumorvävsparti ligesom et blödere, ved Tryk knitrende »Vävshul», der få Dage senere (d. $^{23}/_{4}$) er erstattet af en blöd Prominens af et Lommeurs Störrelse. Forud for dette Gennembrud har Temperaturen et enkelt Dögn väret subnormal; men ved Kamfermixtur rettede hun sig snart. D. 27de er denne Prominens flukturerende, med rödlig Hud, toppet, öm, omgiven af en hård Vold, 8 Cm. lang, 4 til 5 Cm. höj. Flatus passere, men fæces ikke.

Man har diagnosticeret en cancer intestinalis, kompliceret med Absces, der står i Kommunikation med Tarmens Hulhed. Der incideres d. $^{28}/_{4}$ og udtömmes stärkt stinkende luft- og blodblandet pus. Fingeren föler en blöd Hulhed, hvis Bund er dannet af faste, knudrede Masser. Der indlägges Drän, irrigeres med Borvand og forbindes med Karbolgaze og sterilt hydrofobt Vat.

I Pusset fandtes talrige Former af *cocci og Baciller.*

Herefter holdt Temperaturen sig normal til d. $^5/_5$; der havde da ikke väret Åbning trods gentagne Doser oleum ricini og clysmata. Forbindingen skiftes, da Temperaturen er $\frac{39,6}{39,1}$; der er stinkende pus, men ikke fæces fra Hulheden. Flatus afgå per anum. Temperaturen blev nu atter normal; men trods indvendige laxantia (ol. ricini, folia sennæ i Mixtur), trods gentagne *Ventrikeludskylninger* (ved hvis Applikation man hörer stärk Rumlen i abdomen) og trods store Vandklysterer (indtil 4 Liter) får hun *dog ikke Åbning i 22 Dage;* i denne Tid har hun fået Kloral som narkoticum og kun själdent haft Opkastning; Temperaturen har stedse holdt sig normal. Da hun ikke har spist noget de sidste 2 Dage og Tungen er tör, göres d. $^{19}/_5$ 88 *colostomia anterior sin.*

Der incideres ovenfor Svulstens överste, yderste Gränse, i 8 Cm:s Längde; Bugsårets Rande omsömmes med peritonæum parietale; der er *Adhärencer* imellem dette og tilliggende ansæ af tynde Tarme, som dog lösnes let. Et Par Fingre finde let den med appendices epiploicæ forsynede colon descendens; den fixeres ved 4 Suturer i det ved i alt 8 Suturer forsnevrede Bugsår og åbnes. Der kommer kun lidt jävnt grödede fæces frem. Forbinding med Jodoformgaze og Tjäreujte.

Temperaturen holder sig herefter normal. 5te Dag efter Operationen er der en rigelig Mängde fæces i Forbindingen. Hun kommer i Luften d. 27de og op af Sängen d. $^2/_6$, d. e. 14 Dage efter Operationen.

28 Dage efter Operationen noteres: Incisionen på den tidligere Absces'-Sted holder sig lägt. Tumor föles uforandret. Den falske anus fungerer godt; hun er forsynet med Kapselbandage. Hun er tiltagen godt i Huld; Kräfterne ere gode. Der er ingen Smerter. Udskrives.

I det näste Tilfälde, jeg fik under Behandling, havde jeg stillet en gal Diagnose; jeg troede, det drejede sig om et Fibrosarkom, udgået fra det präperitoneale Bindeväv, men fandt, at det var en Cancer i flexura sigmoidea, der havde angrebet de dybeste muskuläre Lag af Bugväggen. Den fejle Diagnose er let at forstå, når man bemärker det objektive Fund og sammenholder dette med den Omständighed, at Patienten aldrig havde frembudt Symptomer på Hindring for Tarmindholdets Passage, et meget själdent forekommende Forhold. Jeg besluttede mig i dette Tilfälde strax, da jeg så, hvorom det drejede sig, til at göre Forsög på radikal Kur.

Tilfäldet er fölgende:

Cancer flex. sigmoideæ (antagen for fibrosarcoma i det subperitonäale Bindeväv). Resectio c. repositione. Peritonitis. †.

Sofie Sattler, 45 År, gift med en Mursvend. Indl d. $^{22}/_3$ 1889, † d. $^3/_4$ 1889.

Patienten har bemärket en Knude i venstre fossa iliaca i Slutningen af forrige År, omtrent af samme Störrelse som nu; hun bemärkede den, fordi hun pludseligt fölte stärke fixe Smerter på det nävnte Sted. Defäkationen var normal. Har tabt lidt i Huld og Kräfter. Smerteanfaldene have väret remitterende.

Hun er ret fed, med sundt Ansigtsudtryk.

En 13 Cm. lang, 7 Cm. bred, oval Svulst, uafhängig af Bugväggen, parallel med lig. Fallopii. Svulsten adhärent i Dybden, ensformet fast, let knudret, kun lidet öm. Perkussionen halv-tympanitisk; ingen Gnidnings- eller andre Lyd ved Avskultation. Uterus er trängt til höjre af Svulsten, der dog ikke adhärerer til uterus. Lidt Temperaturforhöjelse de fölgende Aftener (38,1—38,9).

D. 2/4. Rigelig Åbning efter ol. ricini i Aftes. Under Narkose undersöges atter Forholdene, särligt til uterus. Svulstens Forhold bringe til *Diagnosen Fibrosarkom, udgået fra det präperitonäale Bindeväv.*

Laparotomi

med 10 Cm:s Snit, parallelt med lig. Fallopii. Efter at man har passeret fascia transversa, ses präperitonäalt Fedtväv opadtil. De dybeste Muskelfibre adhärere til Svulstens Overflade. Det er vanskeligt at orientere sig med Hensyn til Forholdene til tarmansæ. Ligamentum uteri rotundum, der er adhärent, gennemskäres; nu präsenterer selve Svulsten sig som adhärent til peritonæum, under hvilket man föler tydelige tarmansæ. Efter at have incideret peritonæum udenfor Gränserne af de til Svulsten adhärente Partier, kommer man ind i en Hulhed, hvis Vägge dannes af ulcererede Bukler; det lugter af fæces; det er det kanceröst degenererede S. romanum. Efter at Svulstmasserne ere lösnede fra det omgivende Oment og en Jodoformgazestrimmel er trukken gennem et Hul i Mesenteriet og lagt cirkulärt om et sundt Parti af den tilförende tarmansa, gennemskäres denne; Hämorragien herved fordrer 7 Karbolalkoholkatgut-Ligaturer. Derpå ligeres den perifere Tarmende på et sundt Sted med Jodoformgaze, og Svulsten fjärnes. De andre Tarme garderes med Svampe. Til den perifere Tarmendes Snitflade fordres 6 Katgutsuturer. Omentet ligeres med 3 Katguttråde. Derpå forenes Tarmenderne; först 26 Slimhindesuturer (indbyrdes Afstand 3—4 Mm.); derpå 22 Lembertske Serosasuturer (alt Katgut). Hele Partiet vaskes med 3 % Karbolvand. Tarmen reponeres; der lägges 17 Peritonäalsuturer; 7 Suturer, der tage Fascie og Muskulatur, og 6 i Huden alene, altså 30 Suturer til Bugvägssåret. 2 Drän i dette, der ikke vedröre cavum peritonæi.

Steril Gaze-Karbolvands-Forbinding.

Is, Mälk, Opium.

Kun middelmådig Kollaps; en Del Smerter. Temp. om Aftenen 37,1; näste Morgen 37,7. Döde 20 Timer efter Operationen.

Det fjärnede Stykke Tarm målte på den konvexe Side 25, på den konkave 20 Cm. Sunde Tarmpartier nåede centralt 5, perifert 6 Cm. i Afstand fra selve Svulsten; denne bestod af ulcererede, knudrede Svulster. Ingen udtalt Stenose. Väggene i Omfanget stärkt fortykkede og således adhärente, at man ikke kan skelne Tarmväggen fra den til samme voxede Del af Omentet og tilgränsende Fibre af Bugmusk-

lerne. Herved synes Diagnosen af Fibrosarkom udgående fra det präperitonäale Bindeväv retfärdiggjort, särligt når erindres, at hun aldrig har klaget over Obstipation.

Sektion viser universel purulent peritonitis med stinkende, grönliggult pus og fibrinöse Belägninger rundt om på de frisk sammenloddede tarmansæ. Det kaffebrune, tyndflydende Sekret fra Såret i de ydre Blöddele har gennem Såret i peritonæum parietale adgang til cavum peritonæi. Ved at tage det opererede Tarmparti frem briste de anlagte Suturer delvis. Det nävnte Tarmstykke er ved friske Adhärencer loddet til peritonæum parietale; det indeholder tjäreagtig, blodig Väske. Slimhindesuturerne ere på de fleste Steder godt sluttende, uden at der er dannet nogen fremstående Vold. Ingen Svulst af Glandler eller Metastaser i andre Organer.

Da jeg i November Måned 1890 fik et tredje Tilfälde under Behandling, besluttede jeg mig til at benytte en anden Fremgangsmåde end den ved det ovenfor meddelte Tilfälde anvendte. Jeg skal senere göre närmere Rede for, hvilke Fordele jeg mener at kunne hävde for den af mig anvendte Metode; her kun så meget, at dens Hovedhensigt er at göre Forsöget på radikal Kur, Exstirpationen, mindre farlig for Patientens Liv; jeg kalder Metoden for den *extra-abdominale Resektion.*

Tilfäldet er fölgende (i noget forkortet Gengivelse efter Journalen)[1]:

Jens S., 36 År gammel, gift Snedker, indkom på Hospitalets *medicinske* Afdeling A d. 11te November 1890. Han har forhen väret rask; benägter Syfilis. For omtr. ½ År siden led han en Dags Tid af knibende Smerter i nederste venstre Del af abdomen, og der afgik samtidig noget frisk Blod fra anus, dels sammen med Åbning, dels uafhängigt af denne. Efter at have taget en Dosis oleum ricini fölte han sig atter rask, og han har siden den Tid befundet sig fuldständigt vel og kunnet tåle al Slags Mad indtil for 11 Dage siden, da han, uden ham bekendt Grund (hverken trauma eller Diätfejl) fik Trykken i cardia, Opstöd og Mangel på Appetit; han passede dog sit Arbejde i de fölgende 2 Dage; men for 9 Dage siden fik han om Aftenen häftige knibende Smerter i abdomen; de varede dog kun et Öjeblik. Näste Morgen havde han et lignende Anfald, og han har siden da haft sådanne Anfald med kun ¼ til ½ Times Mellemrum. Smerterne begyndte i Epigastriet og stråle derfra nedad, mest i venstre Side af abdomen eller på tvärs i Egnen af colon transversum. För og under Anfaldene hörer han en stärk Gurglen i Underlivet. Dagen efter at Anfaldene vare begyndte, fik han 2—3 Timer efter Middagsmåltidet

[1]) Den, der ikke interesserer sig for Detaljerne af Tilfäldet, henvises til »Resumé af Sygehistorien», der findes ved Sygehistoriens Slutning.

stärke Opkastninger af Alimenter, men ikke blandede med Blod eller Galde. Han har siden fuldständigt manglet Appetit, men törstet meget, og han har hyppigt måttet kaste det nydte Vand op. Samme Dag, Sygdommen begyndte, havde han spontan Åbning, bestående af hårde Knolde, uden Blod. Dagen derefter, da Smerterne vare häftige, tog han oleum ricini uden Virkning; den näste Dag tog han 2 Gange Karlsbadersalt, som han kastede op; han fik 4 Gange clysma, hvorved udtömtes en Del Slim, men ingen fæces. Der var heller ikke Passage for flatus. Han indlagdes da på *medicinsk* Afdeling for 6 Dage siden. Herfra noteredes: Brokportene frie; stärk fœtor ex ore; Tungen fugtig, hvidlig belagt; Puls 80. Der har af og til väret Smerteanfald og enkelte Gange Opkastning, sidste Gang, d. $^{14}/_{11}$, af en vandig, brun Vädske af styg syrlig Lugt. Under Behandling med Vandklysterer »ad maximum» 3 Gange dagligt, epithema tepidum abdominis, Mälkediät, Ispiller samt ved Smerteanfald vinum thebaicum gtt x, i de sidste 3 Dage injectio morphica 15 Mgm., Morgen og Aften, kom Defäkationen i Gang; d. $^{13}/_{11}$ var det en ägstor, grödet Masse, og da der tillige afgik flatus, lindredes Smerterne noget; d. $^{14}/_{11}$ afgik 3—4 nödstore fæces; d. $^{15}/_{11}$ »en ikke ringe Mängde, fint fordelte i Vandet»; der observeredes aldrig Blod i Åbningen. Diuresen var betydelig, op til 5 à 6000 Kcm. i Dögnet; Urinen var normal. Temperaturen var kun en enkelt Gang 38,1, ellers normal.

Da man imidlertid d. $^{15}/_{11}$ observerede, at der ikke var afgået flatus, og da der om Natten havde väret flere Gange häftige Anfald af Smerter, og man tillige konstaterede dämpet, tympanitisk Tone langs colon, samt at Udfyldningen i venstre fossa iliaca var tiltagen, blev Patienten flyttet til *kirurgisk* Afd. C under Diagnosen Invagination og for eventuelt at blive underkastet Laparotomi.

Her konstateredes hos den lille, blege, men ikke särligt magre Mand, at abdomen ikke var udspilet, men snarere noget indtrukket, og at der, svarende til Forlöbet af colon ascendens fandtes nogen Udfyldning, ligesom der föles og höres stärk Gurglen ved Tryk på *höjre* Side af abdomen.

I *venstre* fossa iliaca föles en pölseformet Udfyldning, der i Form og Udsträkning synes at svare til Forlöbet af flexura sigmoidea; her har han tidligere selv bemärket, at han har väret lidt öm, og derfra er der også af og til udgået lidt spontane Smerter. Der er ingen Glandelsvulster af Betydning. Hepar synes normal; rectum naturlig.

Anamnesen kompletteres desuden med följende: hans Udseende skal i det sidste halve Års Tid have tabt sig noget; hans Bekendte have sagt til ham, at han så dårlig ud; men nogen egentlig Afmagring vil han ikke have bemärket. Hans Ansigtsfarve er bleg, ikke särligt kakektisk. I 1880 fik han et Slag i cardia af en Träkvognstang; han besvimede; men 5 til 6 Dage efter var han rask og har ikke senere tänkt på den Ting.

Der ordineredes epithema tepidum abdominis og Forbud imod narcotica. Han sov dog godt; fik näste Morgen 1 Pot Vand i clysma, hvorved udtömtes en halv Snes nöd- til valnödstore fæces; Udskylningsvandet var stärkt fäkalt farvet af fint fordelte fæces.

Defäkationen kom nu i Gang under vexlende Behandling med decoctum frangulæ, ol. ricini og clysma glycerini; d. $^{18}/_{11}$ var der en ringe Mängde Blod udvendigt på fæces. Ömheden i den *höjre* Side af abdomen tabte sig; derimod vedblev der af og til at opträde Anfald af Smerter i *venstre* Side af abdomen, gående skråt fra cardia nedad imod fossa iliaca sin., en enkelt Gang (d. $^{2}/_{12}$) forbundne med Opkastning; af og til observerede han selv »Rumlen» i Underlivet. Den pölseformede Intumescens, der i Leje svarede til flexura sigmoidea og ved et Bälte af 2 Fingres Bredde, hvor Perkussionen var klar, var skilt fra lig. Fallopii, föltes flere Gange meget tydeligt, kort Tid efter at han havde haft rigelig Åbning; den kunde altså ikke antages at bero på Opsamling af fæces; tillige bestyrkede den Omständighed, at man andre Gange (efter at Tarmen var udtömt) ikke kunde föle tumor, Formodningen om Tilstedevärelsen af en Cancer i flexura sigmoidea; men da hans Ileustilfälde nu vare overståede, da han var oppe hele Dagen og mente at kunne arbejde, og da endeligt Diagnosen dog ikke var absolut sikker, blev han udskreven d. 6te December 1890 med Råd om fortsat Brug af laxantia og om at komme igen, såfremt der atter skulde indfinde sig Symptomer på Obstipation.

Han indlagdes da atter på Afdeling C en Måned efter Udskrivelsen, d. $^{7}/_{1}$ 1891. I den forlöbne Tid havde han ved Hjälp af dagligt taget Karlsbadersalt og af og til brugt ol. ricini haft Åbning hver 2den eller 3dje Dag; men för hver Defäkation har han en Times Tid haft temmeligt stärke Smerter i venstre Side af abdomen; han fölte sig derfor uskikket til Arbejde; han har dog stedse gået oppe. I de sidste 8 Dage har han dog ikke kunnet få Åbning trods flittig Brng af de nävnte Afföringsmidler og trods gentagne Vandlavementer og et enkelt clysma af Säbevand og Olje. I de sidste 3 til 4 Dage har han befundet sig meget ilde; der er heller ikke afgået flatus; abdomen blev mere og mere udspilet, han mistede Appetitten; der har dog ikke väret Bräkning. Tillige havde han jävnlig ret betydelige Smerter i venstre fossa iliaca. Aftenen för Indläggelsen var der dog afgået flatus med stor Lettelse.

Der fandtes d. $^{7}/_{1}$ 91 ikke särligt udtalt Ömhed af det ikke udspilede abdomen; man fölte den samme Intumescens som forhen, svarende til Lejet af flexura sigmoidea. Efter et clysma glycerini udtömtes nogle få, nödstore, hårde, brune, ikke blodfarvede til Dels sammenkläbede fæces; et Vandlavement på 1000 Kcm. kommer ufarvet tilbage. Temp. er normal. I övrigt intet abnormt at opdage.

D. $^{9}/_{1}$ 91. Lidt stärkere Smerter i Går i venstre fossa iliaca; de tabte sig, da der var afgået flatus. Efter at Patienten var underrettet delvis om Forholdene, foretoges under Kloroformnarkose

Operation.

En 8 Cm. lang Incision, der anlägges 6 Cm. ovenfor lig. Fallopii og parallelt med dette, förer hurtigt gennem Bugväggen; flexura sigmoidea, i hvilken man let föler det svulne, hårde Parti, träkkes frem uden Besvär ved 2 Fingres Hjälp og placeres således, at det kankröst forandrede Stykke af ansa kommer til at ligge midt for Peritonäalsåret. Omentet er adhärent til Tarmen; efter Anläggelse af en Katgutligatur

gennemklippes, og Omentet slippes tilbage i abdomen. Mesenteriet gennembores stumpt med en Pincet på et Parti, der er helt blödt og ligger i nogen Afstand fra Tarmens Rand; en Glasspatel (af de til kemisk Brug benyttede), omviklet med Jodoformgaze, föres gennem Hullet i Mesenteriet. En blödende Arterie ligeres med Katgut. Nu afgränses den store fremlagte Tarmdel, der foruden det sygeligt forandrede Parti indbefatter et ret langt Stykke sund Tarm så vel centralt som perifert for Kanceren, fra cavum peritonæi ved Suturer, i det hele efter MAYDLs Metode for Kolostomi: I nederste Vinkel af Bugsåret lägges en Sutur, der föres igennem peritonæum parietale, Tarmens tunica serosa og muscularis og peritonæum parietale paa modsatte Side af Bugsåret; en anden Sutur i samme nederste Vinkel, der anlägges höjere oppe (närmere Operatören), indbefatter hele Bugväggen + peritonæum parietale med Indstiksåbning i Huden, föres derpå gennem Tarmens tunica serosa på den ene Side af et haustrum, derpå gennem Tarmens tunica serosa på den anden Side af samme haustrum og endelig ud gennem den anden Sårläbe af Bugvägssåret, her indbefattende peritonæum parietale og hele Bugväggen, med Udstiksåbning i Huden; disse Suturer snöres kun let sammen. — Den Del af Tarmen, der ligger nedenfor (under) den gennem Mesenteriet stukne Glasstang, og som består af det tilförende og afförende Stykke sund Tarm, sikres Leje ved Suturer, der föres gennem tunica serosa + muscularis på det ene Tarmrör og, parallelt med Bugväggens Flade, gennem de samme Lag på det andet Tarmrör; der lägges i alt 4 sådanne Suturer, 2 på den ene Side og 2 på den anden Side (den ene af dem opgives dog, da den skärer igennem og foranlediger Blödning). Endeligt lägges på bägge Sider Suturer, der fäste Bugväggen (heri peritonæum parietale indbefattet) til Tarmens tunica serosa + muscularis. Til alle Suturer anvendes Karbolalkoholkatgut. Herved synes den fremlagte Tarmdel vel afgränset fra cavum peritonæi. Strikturstedet ligger i Midten af det fremlagte; det föles fast retraheret og er beklädt med stärkt vaskulariseret Bindeväv, der ligesom danner et indtrukket Bälte på Partiets konvexe Side. Den Del af Mesenteriet, der ligger mere superficielt end Glasstangen, er fortykket og indeholder let buklede Fremståenheder (Glandler), hvorimod Mesenteriet nedenfor Glasstangen er normalt; den til Mesenteriets Tilhäftning svarende Del af Tarmen er stärkt konkav i Retning imod Mesenteriet; hele det Parti af Tarmen, der er Säde for Nydannelsen, er altså smallere ved Mesenterialranden end på Tarmens frie konvexe Rand. Der er ingen iöjnefaldende Forskel på Tykkelsen af det tilförende og afförende Tarmrör, og disse sunde Tarmpartiers serosa er af normal grålig Farve. Längden af det fremlagte Tarmparti kan på Grund af de forandrede Forhold ikke udmåles; den anslås til 20 à 25 Cm.

Tarmen åbnes på tvärs af Längdeaxen nogle få Centimeter ovenfor Strikturstedet ved Hjälp af PAQUELINs Termokavter i en Udsträkning af 4—5 Cm.; en blödende Arterie ligeres. En Finger kan ikke passere gennem Strikturen. Et Drän af meget vid Lysning indföres i den tilförende Tarmdel; for at det ikke skal glide helt ind i Tarmen forsynes det med en Sikkerhedsnål, hvori en lang Silketråd til dets even-

tuelle Fremträkning. Der lägges Jodoformgaze omkring basis af hele den fremlagte Tarmdel og forbindes med tör steril Gaze og hydrofobt sterilt Vat. Den hele Operation varede 28 Minuter.

I de 2 förste Dögn efter Operationen Hikke og Opkastninger; först den 3dje Dag ligger en meget stor Fäx i Forbindingen. Jodoformgazen, der ligger imellem Huden og den nu ved basis noget indtrukne, fremlagte Tarmdel, skiftes 3dje Dag (d. $^{13}/_{1}$), og Glasstangen fjärnes (hvilket sker let under roterende Bevägelser). Epiteliet på det fremlagte er på enkelte Steder grönligt, ligesom nekrotisk. Centrale Tarmdel udskylles med Vand, og Dränet indföres på ny. En Finger kan fremdeles ikke föres gennem Strikturen. Der lägges atter Jodoformgaze imellem Huden og det fremlagte.

De fölgende Dage er der af og til Smerter, der for Natten fordre inj. morphica; men der afgår også store, hårde fæces hver Dag. Han spiser ret godt, og der er fremdeles ikke Tegn på peritonitis. Dränet fjärnes d. $^{15}/_{1}$. Fra denne Dag af er Temperaturen, der hidtil om Aftenen har väret let forhöjet (38,2 til 38,4), normal.

Den fremlagte Tarmdels Overflade ses d. $^{17}/_{1}$ på de fleste Steder röd, men over Strikturstedet af en grålig Farve. Ved at spröjte Vand ind i rectum ser man den perifere Del af den fremlagte tarmansa rejse sig og en Fäx, der ligger foran Strikturstedet, beväges lidt, men Vandet tränger ikke gennem Strikturen; han kan derefter selv kvittere det indspröjtede Vand gennem den naturlige anus. Det samme Forhold konstateres ved et fornyet Vandlavement. Således også d. $^{19}/_{1}$.

Den umiddelbart efter Fremlägningen på Operationsdagen meget uformelige Tarmdel har nu (d. $^{21}/_{1}$) trukket sig sammen til en mere regulär Form. Serosa er overalt röd, glat, kun på den konvexe Side, svarende til Strikturstedet, er den fint chagrineret. D. $^{27}/_{1}$ konstateres, at Sammenvoxningen imellem det fremlagte og Bugväggen er meget solid; det fremlagte har mistet sin knoldede Form, og den serröse Overflade ser ud som en smukt granulerende Sårflade undtagen på Nydannelsens Sted, hvor den endnu er grålig. At gribe den med en Pincet smerter ikke. D. $^{6}/_{2}$ ser Tarmens serosa ud som en knoppet, granulerende Flade; men Granulationerne ere overtrukne med en gennemskinnende, grålig Hinde. Gränsen imellem serosa og Slimhinden på den falske anus' Sted er en fint bölget Brämme af gråligblå Farve; Slimhinden selv er ganske glat og skinnende på bägge Partier. Ingen Underminering på Sammenvoxningsstedet imellem Tarmens serosa og Huden.

Hans Almenbefindende er nu, d. $^{8}/_{2}$ 91, meget godt; han har haft naturlig Åbning, af og til ved Hjälp af ol. ricini; Temperaturen holder sig normal.

Skönt man ved Operationen med Vilje lagde så megen *sund* Tarm frem, at man, efter at have reseceret det kankröse, vilde have rigeligt Materiale til at forene de to Tarmpartier *extra-abdominalt*, er det fremlagte nu så påfaldende indskrumpet, at man näppe efter Resektion af Nydannelsen i tilsträkkeligt Omfang vil vänte at kunne forene de to Tarmstykker. Skulde det dog lykkes, er det Hensigten at sikre sig Helingen af Resektionssåret, sikre sig, at Tarmindholdet passerer gen-

nem den fremlagte, nu for Strikturen befriede, tarmansa, og först da åbne cavum abdominis igen og reponere Tarmen. *Man vilde således have foretaget en i alle Henseender ganske farelös, extra-abdominal Tarmresektion.* Dette Forsög foretoges d. $^{8}/_{2}$, i det der först uden Narkose, men, da han snart klager sig, under Kloroformnarkose göres

Resektion af Tarmkancer og anlägges Sutur.

Resektionen foretages med Sax; 6 Arterier blöde og ligeres med Katgut. Der lägges i alt 36 Suturer (alt Katgut) for at forene de to Tarmrör med hinanden; förend man anlägger de sidste, overtyder man sig om, at en Finger let kan passere fra det ene Tarmrör til det andet; der er heller ikke nogen »Sporedannelse» på Mesenterialsiden. Der däkkes med Jodoformgaze og forbindes med sterilt hydrofilt og hydrofobt Vat. Denne Operation varede 55 Minuter.

Han havde herefter en Del Hikke og Opkastning samt Smerter, der fordrede Opium og inj. morphica. Der var ingen Feber. Han nöd kun Mälk og Äg. D. 10de passerede der 4 Gange flatus gennem rectum og anus naturalis; men han angav, at der tillige passerede gennem »Såret». Han fik fremdeles Opium til Obstipation; först d. 14de skiftedes Forbindingen; man fandt da en Del grödede, gule fæces i samme. Suturerne bristede, en Finger indföres let i bägge Tarmrör; Mesenterialsiden prominerer. Han fik nu Fuldkost og Karlsbadersalt hver Morgen.

For at lede fæces fra det tilförende til det afförende Tarmrör indlagdes et Dränrör i bägge, således at dets Midte, der for eventuel Fremträknings Skyld var forsynet med en lang Silketråd, lå midt i Såret, midt imellem de to Tarmrör — men både fæces og flatus passerede gennem den falske anus, og Dränrörspassagen opgaves d. $^{24}/_{2}$. Han kom nu op og forsynedes med en Kapsel, der däkkede over den falske anus. Ved Hjälp af Rhabarber- og Hoffmannsdråber med vin. thebaicum (5—10—2 Gm, deraf 25 Dråber pro dosi) reguleredes Åbningen.

Jeg var, skönt Forsöget på at lukke Tarmåbningen extra-abdominalt var mislykket, dog ret tilfreds hermed; ti det forekom mig rigtigst, at *man skal observere, om der kommer Recidiv eller ej*, för man tänker på at lukke den falske anus. I denne Henseende frembyder Patienten, der i övrigt befandt sig vel og blev udskreven d. $^{18}/_{3}$ 91, et interessant Forhold:

D. $^{10}/_{3}$, d. e. omtr. 1 Måned efter Resektionen af Nydannelsen, ses på det fremliggende Slimhindeparti af afförende Tarmrör en *blegröd, knap ärtestor, stilket Prominens*, der antages for *Adenom;* denne fjärnedes d. 14de til *mikroskopisk Undersögelse.* Ved denne fandtes på et Fladesnit indlejret i Väv, der var ret stärkt infiltreret med Rundceller, nogle Kirtellumina (ikke trufne på langs i Snittet) med tyk membrana propria, der intetsteds var gennembrudt af Celleproliferation; en sådan, af epitelial Natur, fandtes derimod på flere Steder at rage ind i Kirtelrummets Hulhed, dog ikke fyldende dette. Da der kun var ét brugbart Snit til Undersögelse, og dette var et Fladesnit, har man ikke bestemt, efter Samråd med pålidelige Mikroskopikere, kunnet

afgöre, om her forelå begyndende Adeno-Karcinom eller blot Adenom. At de andre Svulster svinde spontant (se nedenfor), og at der ikke i de omtr. 8 Måneder, Patienten observeredes efter Operationen, findes Tegn på Recidiv, er det kliniske Bevis på, at det ikke var Recidiv af Cancer.

D. 13de så man en lille tumor på Gränsen imellem de to Tarmrör opadtil; d. 16de en hampefröstor blegröd, lignende Intumescens på Skilleväggen imellem de to Tarmrör, en knappenålshovedstor, lignende imellem Slimhindefolderne af det afförende Tarmrörs överste Ende og endelig nogle små hanekamformede Exkrescenser af samme Farve på Overgangen imellem Hud og Slimhinde, svarende til det afförende Tarmrörs mediale Side. På det Sted, hvor den lille tumor blev fjärnet d. 14de, kan man slet ikke se noget aparte.

Alle disse Småsvulster lodes urörte, for at man kunde få en Mening, om det var Cancer eller ej.

D. $^{26}/_{4}$, altså imellem 6 og 7 Uger efter deres Fremkomst, observeredes, at *alle de små* knapformede *Exkrescenser*, der havde Säde på Tarmslimhinden, *vare svundne;* ligeledes de hanekamformede, der sad på Overgangen imellem Hud og Slimhinde. *Man kan ikke opdage, hvor de have siddet;* Tarmslimhinden er smuk, blöd, folderig, rosaröd. *Herved synes det sikret, at de omtalte Exkrescenser vare Adenomer*, og at han er recidivfri.

Det samme konstateredes d. $^{24}/_{5}$ og d. $^{31}/_{5}$, da han atter bliver opereret (se nedenfor).

Patienten blev som nävnt udskreven d. $^{18}/_{3}$ 91 og begyndte igen at arbejde. Jeg så ham d. $^{26}/_{4}$ og d. $^{24}/_{5}$. Han kunde vel regulere sin Åbning og holde sig ren hele Dagen; men han måtte om Morgenen afvänte denne Defäkation, kunde derfor först sent gå på Arbejde og måtte betale en Mand for at udföre det Arbejde, han ellers selv skulde udföre om Morgenen. Desuden passede den Kapsel, der däkker for den falske anus, ikke ret, trods gentagne Forsög fra Instrumentmagerens Side på at hjälpe på dette Forhold; dette lå i, at det afförende Tarmrörs Slimhinde i Löbet af Dagen prolaberede mere og mere, så at Kapslen blev stärkere fyldt; om Morgenen har denne Prolaps trukket sig helt tilbage.

Det siges ham, at man måske kan forhindre denne Prolaps ved at lukke for det afförende Tarmrörs åbne Ende; samtidigt forklares det for ham, at man kan lukke hans anus præternaturalis og reponere Tarmen, så at han atter bliver normal med Hensyn til Defäkation, men at dette Forsög er forbundet med Fare. Han skal nu overveje disse Forhold i Hjemmet.

D. $^{29}/_{5}$ 91 indlägger han sig atter, bestemt på at vove Forsöget med Resektion for anus præternaturalis.

Da man atter har konstateret, at *der ikke er mindste Tegn til Recidiv*, og der er nu gået *114 Dage efter Resektionen*, foretages d. $^{31}/_{5}$ 91 under Kloroform-Åternarkose

Operation for anus præternaturalis
(Resectio circularis. Sutur.-Reposition).

Fra det tidligere anlagte Bugvägssårs Cikatrices perifere Ender lägges Incisioner, og Integumenterne disseceres lös som Lapper, så vel foroven som forneden. I Tarmenderne anbringes Silketråde, der tjäne til at holde dem, i hvilken Stilling man önsker, og til at träkke dem frem. Derpå lösnes Tarmenderne helt fra Huden; de kunne nu träkkes godt frem; en Adhärences Lösning fordrer en Katgutligatur; en Opkastning generer; men man hindrer Prolaps ved et Tryk på Delene med en steril Tampon. Ved Hjälp af de omtalte Silketråde strammes Delene godt, medens man afklipper en lidt over 1 Cm. bred Brämme af bägge Tarmrörs prominerende Ender; på Mesenterialsiden er der Slimhinde i en Bredde af 2 Cm., dannende Overgang fra det ene Tarmrör til det andet; dette Slimhindeparti lades urört, medens man meget nöjagtigt gör blodigt i Vinklerne, hvori de to Tarmrör stöde til hinanden. En Arterie i Slimhinden må ligeres med Katgut Nr 0. Der kommer nu atter en Opkastning af spytagtig Vädske (han har dog slet intet nydt i de sidste 17 Timer). Ved Vinklerne göres for yderligere Sikkerheds Skyld Incisioner, der bore sig ned imellem Slimhinden og serosa. Den hidtil udförte Akt af Operationen har taget 20 Minuter. Nu begynder Sutureringen. Der anlägges i alt 44 Slimhindesuturer: Indstik i Tarmslimhinden 2 til 3 Mm. fra dennes Rand, Udstik gennem selve Randen; Indstik i den modsatte Tarmsårrands Rand og ud igen i Slimhinden omtr. 3 Mm. fra Indstiksstedet; Afstanden imellem de enkelte Suturer er 2 til 3 Mm. En enkelt Gang generer en Klögning. Förend de sidste Slimhindesuturer knyttes, konstateres, at man let kan passere med et Hildebrandts Glasrör så vel opad som nedad. Slimhindesuturernes Anläggelse tager 48 Minuter. Suturlinien og de fremtrukne Tarmdele vaskes med 3 % Karbolvand. Der anlägges derpå 24 Serosasuturer à la Lembert. Imod Slutningen af denne Akt kommer der en Opkastning af omtr. 50 Kcm. galdefarvet Vädske (han narkotiseres ikke under de sidste 3 Fjärdedele af Operationen); herved kommer der et nödstort Hernie på det mest prominerende af den perifere Tarmdel, nedenfor Suturlinien; det träkker sig tilbage af sig selv; man anlägger en Sutur à la Lembert på Stedet. Alle Suturerne ere anlagte med Karbolalkoholkatgut Nr 0 og med Hagedorns Nåle. Der vaskes nu atter med Karbolvand (3 %). Nu lösnes de resterende Adhärencer, der ere ret betydelige og fordre en minutiös Dissektion; herunder spänder han en Del og skriger ret stärkt op. Omsider lykkes det at träkke det hele frem; det toucheres for sidste Gang med Karbolvand; Omgivelserne vaskes med Karbolvand — og Tarmen reponeres.

Bugvägssåret lukkes med 7 Katgut Nr 2, der tage peritonæum; 1 Sutur gennem hele Bugväggen; da peritonæums Hulhed er aflukket, vaskes atter med Karbolvand; der lägges 11 Suturer, der tage de övrige Bugvägslag. Der er altså i alt anlagt 87 Suturer, hvoraf de 68 i Tarmen; alle Karbolalkoholkatgut og med Hagedorns Nåle. Han forbindes med steril Gaze-Karbolvands-Forbinding og hydrofobt Vat. Fra Operationens Begyndelse, til Forbindingen anlägges, er medgået 1 Time og 58 Minuter.

De to förste Akter af Operationen, Resektionen og Sutureringen, kunde foretages extraperitonäalt, fordi Adhärencerne imellem de fremlagte Tarmdele og Bugvägssåret vare så blöde i deres dybere Partier, at de lode sig sträkke stärkt.

I det förste Dögn efter Operationen fik han slet intet at nyde. Inj. morphica.

I det andet Dögn fik han 1½ Pägl Mälk og 1½ Pägl Sodavand; der afgik 2 Gange flatus den naturlige Vej.

I det 3dje Dögn fik han 3 Pägle Mälk og 1 Pägl Sodavand.

I det 6te Dögn fik han tillige 1 Äg; i det 7de 2 Äg.

Indtil da har han jävnligt haft Smerter, hvorfor inj. morphica. Smerterne ere lindrede, hver Gang der er afgået flatus.

D. $^7/_6$ fik han ret naturligt Udseende, temmelig rigelig, jävn og til Dels formet Åbning. Samme Dag en Gang endnu Åbning.

Han fik nu Mälk, Äg, Välling, Fisk. Efter et clysma glycerini d. $^8/_6$ fik han rigelig, formet, blöd, brun Åbning; til en enkelt af fæces kläber en rödlig brun, slimet Masse.

D. $^{10}/_6$ fik han Bröd; til Afföring decoctum frangulæ.

D. $^{12}/_6$ er der endnu lidt rosafarvet Slim på de ret faste fæces. Efter et clysma glycerini udtömmes en 16 Cm. lang og en 7 Cm. lang rundt formet Fäx af omtr. 4 Cm:s Diameter uden Slim, ganske naturlig, mörk brun. Forbindingen skiftes 1ste Gang. Såret er lägt; Suturerne ligge i Forbindingens Gaze; fra nederste Sårvinkel kan udtrykkes lidt klar Vädske; man kan ved Sonde föle en lille Hulhed; men ved Spaltning viser det sig kun at väre en i selve cutis liggende 3 Cm. lang granulerende Flade; forbindes med Jodoformgaze og Vat.

Han kommer op 15de Dag efter Operationen. Han vejer da 50150 Grammer (imod 52150 Grammer d. $^{18}/_3$ 91 da, han blev udskreven med sin anus præternaturalis, og 52000, Dagen för han opereres for denne). Han får nu Karlsbadersalt dagligt (i hedt Vand om Morgenen) og udskrives d. $^{28}/_6$ 91 uden at frembyde andet abnormt end Cikatricen på Operationsstedet, svarende til hvilken der föles en ringe fast Fortykkelse i Bugväggen.

Den ved Resektionen fjärnede Tarmdel, der var Säde for Cancer, er for det ydres Vedkommende beskreven ovenfor. Dens lumen viste sig forsnevret af et 3 Cm. höjt Bälte af buklede, ret hårde, dels glatte, dels ulcererede Knuder, der indtoge hele Omkredsen af Tarmens Indre og forsnävrede det på nävnte Måde. Imellem Fremståenhederne fandtes Ulcerationer, hvori med fæces blandet slimet Väske. De sunde Tarmdele ovenfor og nedenfor Strikturstedet fremböde intet aparte i Henseende til Tykkelse eller Vidde. I skrumpet Tilstand (se ovenfor — og desuden opbevaret i spiritus) måler det 8 Cm. i Längde.

Den mikroskopiske Undersögelse, der velvilligt foretoges af Hr Prosektor, Dr Dahl, viste fölgende: »Ved at lägge lodrette Snit igennem den fortykkede og stärkt foldede Slimhinde ses de rörformede Kirtler af uregelmässig Form, betydeligt forstörrede og udklädte med et flerlaget Cylinderepitel, der meget hyppigt danner papilläre Ex-

krescenser ind i lumen af Kirtelrörene; ingensteds danner Epitelet solide Tappe; men overalt er der bevaret et lumen i Midten. Kirtelrörene tränge ind i submucosa og på sine Steder ind imellem Bundterne af muscularis således, at submucosa fuldständig er forsvunden på disse Steder. På et enkelt Sted i muscularis fandtes et cylindrisk Hulrum fuldständig udklädt med tätpakkede epiteliale Celler (Lymfekar?). I de dybere Lag fandtes ikke Epitelaflejring. *Diagnosen* er altså *Adenokarcinom* (*Cylinderepitelkräft*)».

I de Stykker, der fjärnedes ved Resektionen for anus præternaturalis, »*findes kun typiske Kirtler, udforede med normalt Epitel*» — altså et yderligere Bevis for, at Patienten må anses for fri for Recidiv på Stedet.

Resumé af Sygehistorien.

En 36-årig Snedker modtages under Diagnosen ileus (muligt Invagination) til Laparotomi. Man skönner, at han kan komme over Tilfäldene uden Operation; Defäkationen kommer i Gang, og man diagnosticerer cancer flexuræ sigmoideæ. Efter en Måneds Forlöb kommer han igen med Ileustilfälde. Der göres Laparotomi; det af Kancer angrebne Parti af flexura sigmoidea fixeres sammen med tilgränsende sunde Partier af Tarmen extra-abdominalt. Tarmen åbnes ovenfor Strikturstedet. Da Ileustilfäldene have tabt sig og den fremlagte Tarmdel er solidt afgränset fra cavum peritonæi, göres Resektion af det kankröse Parti, extra-abdominalt, absolut farelöst. Man forener derpå de to Tarmender for at retablere Passagen gennem Tarmen, fremdeles extra-abdominalt; denne Forening holder ikke, fordi den fremlagte Tarmdel var skrumpet så meget ind, at der var for stärk Stramning på Suturstedet; man er ret tilfreds med, at Foreningen ikke lykkes; ti man bestemmer sig til at lade Patienten beholde sin anus præternaturalis for at observere, om der kommer Recidiv. Der iagttages interessante Detaljer angående Adenomer, der proliferere fra Tarmslimhinden og svinde spontant. Omtrent 4 Måneder efter Resektionen af det kankröse, foretages Resektion af de anus præternaturalis konstituerende Tarmender, cirkulär Sutur og Reposition af Tarmen. Den 7de Dag herefter har Patienten volontär Åbning, og han udskrives helbredet 4 Uger efter denne Operation. Den mikroskopiske Undersögelse viser, at Strikturen var forårsaget af et 3 Cm. höjt ringformet Adenokarcinom, og at der ikke fandtes Tegn til Recidiv i de ved sidste Operation fjärnede Tarmdele.

Patienten observeredes igen flere Gange, og alt tegnede til, at han var helbredet, indtil han i Slutningen af Avgust Måned klagede over Smerter i höjre regio hypochondriaca; her observeredes en begyndende cancer hepatis, for hvilken han indlagdes på Servicen d. 10 September 1891.

Denne Cancer i hepar er senere stedse tiltagen i Störrelse; der er kommet ascites til, og hans Dage må siges at väre talte. Han lever dog endnu, da denne Efterskrift tilföjes d. 30 Oktober 1891, d. e. 9 Måneder efter Operationen, og kender ikke sin Sygdoms Natur.

Jeg föler mig overbevist om, at den Metode, der har väret anvendt til Behandling af den omtalte Patient, har udsat ham for mindre Fare end den, der er forbunden med de mere almindeligt anvendte Behandlingsmåder.

Vi skulle i det fölgende give en Fremstilling af de forskellige Operationsmetoder, der have väret anvendte i Tidens Löb lige overfor cancer intestinalis (cancer recti ikke deri indbefattet), og meddele deres Udfald. Vi skulle derefter fremhäve de Farer, der kläbe ved disse Metoder, og den Fordel, der formentlig kan drages af at benytte den ovenfor af os meddelte Metode. Endelig skulle vi fremstille de Betingelser og andre Forhold, der komme i Betragtning ved Spörgsmålet om Metodens almindelige Brugbarhed.

Operationerne for cancer intestinalis

kunne deles i to Hovedgrupper: I) man forsöger *radikal Kur*, d. v. s. man exstirperer det kankröst degenererede; II) man forsöger kun en *palliativ Kur*, i det man opgiver at fjärne Nydannelsen.

I) *Den radikale Kur* kan forsöges på forskellig Måde. Finest, mest »ideal» om man vil, er den Operation, der består i

A. *Excision af cancer ved Tarmresektion, cirkulär Sutur og Reposition* med Lukning af Bugsåret, alt i én Séance; Patienten bliver herved »helbredt» på meget kort Tid. Mindre elegant, men måske dog nok så »ideal», er den Metode, der består i

B. *Excision af cancer ved Tarmresektion, Anläggelse af en anus præternaturalis.*

Ved bägge disse Metoder have Kirurgerne stundom foretaget små Ändringer, der ville fremgå af det nedenfor fremsatte.

II) *Den palliative Kur*, hvorved man opgiver at exstirpere Nydannelsen, kan ligeledes, for Kirurgens Vedkommende, forsöges på forskellig Måde:

A.[1]) Man gör *Laparotomi* og handler derefter i Overensstemmelse med, hvad man skönner rigtigt efter at have undersögt Delen ved Synet eller ved Palpation. Ved disse Tilfälde har man endnu tänkt på Muligheden af at kunne operere radikalt, men opgiver det.

B. Man anlägger *strax en anus prœternaturalis* uden at tänke på Forsög på radikal Kur. (Stundom bliver her gjort Laparotomi for at anlägge anus efter LITTRÉs Metode; men en sådan Laparotomi har jo en helt anden Betydning end den under A. nävnte. Andre Gange er det den lumbale Kolostomi, der foretages, altså uden Laparotomi.)

Også for den palliative Kurs Vedkommende har man opereret på noget forskellig Måde, hvilket fremgår af det nedenfor skrevne.

Vi skulle nu fremstille i en samlet Oversigt for hver enkelt Gruppes Vedkommende de Tilfälde, der have väret underkastet Operation.

Det er lykkedes mig at samle og sammenstille et betydeligt större Antal Tilfälde[2]) for hver enkelt Gruppes Vedkommende, end der hidtil er blevet offentliggjort; dette har sin Betydning, da Tallene alligevel ere små nok. Man kan dog läre en Del af disse Tal — fremfor alt, at det er farlige Indgreb, Kirurgerne må byde Patienten; man kunde fristes til at sätte som Motto over disse Statistiker det kendte Ord af CELSUS:

extremis malis extrema remedia esse opponenda.

I. Radikal Kur.

A. Excision ved Tarmresektion, Sutur og Reposition af Tarmen (*»ideal Kur»*).

29 Tilfälde: 12 leve, 17 dö.

Det er REYBARD, der i 1833 har udfört denne Operation for förste Gang; Patienten overlevede Operationen; men der

[1]) Denne Gruppe Tilfälde er i Texten anfört som Overgangsform imellem radikal og palliativ Kur.

[2]) I det fölgende regnes de 3 af mig behandlede Tilfälde *ikke* med.

kom senere Recidiv. Ingen vovede senere at efterligne REYBARD; mange fordömte Metoden som forkastelig, således endog endnu i 1880 (PÉAN); det var dog midt i 70erne, at Operationen var genoptagen — LISTERS store Opfindelse har også gjort sin Indflydelse gäldende på dette Spörgsmål; Operationer, der för LISTERS Tid bleve ansete som forkastelige, foretages nu, som om det var Ingenting, — som det synes, også for de her omhandlede Operationers Vedkommende.

Af disse 29 Tilfälde ere de *22 ganske »rene»*, d. v. s. man har gjort Laparotomi, reseceret det Stykke Tarm, hvori Nydannelsen sad, sutureret Tarmenderne, reponeret den således lukkede Tarm og lukket Bugsåret. Af disse 22 leve 10, dö 12.

I de resterende 7 Tilfälde er der *forsögt »Hjälpemidler»* for at formindske Faren ved Operationen. Drän i Bugvägssåret indlagdes hos Nr 3; han döde. Tarmen er i 2 Tilfälde bleven fixeret til Bugsåret (med Tanken om Bristning af Tarmsuturerne in mente); den ene af disse Patienter (Nr 9)[1]) lever; den anden (Nr 17) dör. Hos én Patient (Nr 2) er der anlagt en anus artificialis i flexura sigmoidea ovenfor Operationssåret; Patienten döde.

Hos én Patient (Nr 4) er der 5 Uger forud for Operationen anlagt anus artificialis på den modsatte Side af den, hvor den radikale Operation skulde foretages; också denne Patient döde. — Der er i 2 Tilfälde lukket for de resecerede Tarmender og foretaget Ileokolostomi for at retablere Tarmindholdets Passage (SENNS Modifikation af den af MAISONNEUVE i 1843? foreslåede Ileokolostomi) (Nr 30 og 31); den ene lever, den anden dör.

Som man ser, have »Hjälpemidlerne» ikke gavnet stort; 2 af de 7 overleve Operationen, de andre 5 dö. Men vi må strax her bemärke, hvad der går igen, hver Gang man skal dömme om en Operationsmetodes Farlighed ved disse Kancertilfälde, at Tilfäldene i sig selv variere så overmåde meget, at et i og for sig kun lidet farligt Indgreb kan blive skäbnesvangert for en meget svag Patient, medens man ser en anden overstå Farerne ved et langt alvorligere Indgreb af anden Art.

Da denne Gruppe af Tilfälde, »radikal, ideal Kur», må interessere särligt, skulle vi udförligt göre Rede for forskellige Detaljer; vi stille de 12, som overleve, og de 17, der dö af

---

[1]) Numrene svare til Numrene i Literaturfortegnelsen.

Operationen, op hver for sig og sammenligne da disse Grupper indbyrdes.

α) **De 12 Patienter, der overleve Operationen.**

Svulstens Natur, var hos de 11 af disse Patienter: *Karcinom* betegnet dels som Adenokarcinom, dels som epitelial Kancer (Nr 11 og 26) og som kolloid Kancer (Nr 25). Hos Nr 18 var det et Tyndtarms*sarkom*.

Störrelsen varierede en Del; hos Nr 29 var den som »to Näver», hos Nr 25 »barnehovedstor».

Et Tilfälde fortjäner en speciel Omtale, i det der var 2 kankröse Strikturer og blev foretaget *Dobbeltresektion* i samme séance. Det er CZERNY, der meddeler dette Tilfälde (Nr 8) fra 1880; der fjärnedes 7 Cm. af flexura sigmoidea og 11½ Cm. af colon transversum; der blev på den förste anlagt 33 Karbolsilkesuturer i dobbelt Räkke, på colon transversum 22 Suturer; den 8de Dag efter Operationen viste der sig en fistula stercorea; men Patienten blev dog udskreven helbredet den 26de Dag. Des värre viste der sig Recidiv efter nogle Måneders Forlöb.

Svulstens Säde var flexura sigmoidea eller nederste Del af colon descendens[1]) hos 3 (Nr 1, 5, 9).
» » » flexura sigmoidea; men der var tillige en anden i colon transversum hos 1 (Nr 8).
» » » colon transversum hos 2 (Nr 11, 25).
» » » Coekalkancer[2]) hos 4 (Nr 22, 26, 29, 30).
» » » Tyndtarm hos 2 (Nr 12, 18).

Det resecerede Partis Störrelse varierede fra 7 til 25 Cm. Af store Resektioner nävne vi 18 Cm. hos Nr 18, 20 Cm. hos Nr 12, 25 Cm. hos Nr 22; hos Nr 29 fjärnedes coecum + 10 Cm. af ileum og 8 af colon ascendens. Hos 1 (Nr 2) er Resektionens Störrelse ukendt.

Fistel på Operationsstedet opstod hos 5 (eller måske kun 4) af de 12 Patienter. Hos Nr 8 viste sig en fist. stercorea den 8de Dag efter Operationen; den var helet den 26de Dag (her var foretaget Dobbeltresektion). — Hos Nr 15 kom der en

---

[1]) Praktisk set er Gränsen imellem disse 2 Dele af Tarmen ikke at drage, hvorfor de også i det fölgende samles under ét.

[2]) Coekalkancer benyttes som Navn for Kancer i coecum med tilgränsende Del af colon ascendens eller ileum.

Fistel den 7de Dag; den var helet den 14de Dag efter Operationen. — Hos Nr 29 viste der sig den 7de Dag en lille Fistel i Huden, der udflöd *luftblandet* pus; 8 Dage derefter foretoges sekundär Suturering af Bugvägssåret, og han udskreves 5 Uger efter Operationen med en minimal Tarmfistel, der dog lukkede sig nogle Uger senere. — Hos Nr 9 kom der en fistula stercorea den 7de Dag; her var, forsigtigt nok, den med Silke suturerede Tarm fixeret i Bugsårets nederste Vinkel, der omsömmedes med peritonæum; Fistlen var helet efter 3 Måneders Forlöb. — Hos Nr 30 noteres en lille Parietalabsces; men om den kommunicerede med Tarmen, er usikkert. Patienten kom op 28de Dag.

Dette Fistelspörgsmål er jo af stor Vigtighed; at der opstår en Fistel, vil sige, at en eller flere af de anlagte Suturer i Tarmen ere bristede; det er et memento mori; ti det kunde jo lige så godt väre, at det var bristet således, at fæces trådte ind i cavum peritonæi. Derfor må den Omständighed, at 5 (måske kun de 4) af de 12 Patienter, der overleve Operationen, have fået Fistler, forandre vort Syn på Operationen derhen, at man siger, at *kun 7 (eller 8) af de 29 Operationer ere forlöbne idealt.*

I Sammenhäng med dette Spörgsmål om Fistlerne må man tänke på den anvendte

Suturmetode. Denne var hos Nr 1 REYBARDS, hos Nr 11 GÉLYS Metode; hos Nr 22 anvendtes LEMBERTS Metode; men her anlagdes tillige Okklusionssuturer for at formindske den ene Tarmendes Lysning. Hos Nr 30 anvendtes SENNS Metode. Hos 6 Patienter anvendtes mere eller mindre den af CZERNY angivne Metode.

I de 4 Tilfälde, hvor der opstod Fistel, var CZERNYS Metode anvendt i 3 (Nr 8, 9, 25); 3 Räkker Suturer vare anvendte hos Nr 29. Hos Nr 30, hvor det er tvivlsomt, om der kom Fistel, var SENNS Pladesuturmetode den anvendte.

Dette overrasker; ti CZERNYS Metode er i Almindelighed anset for at väre meget sikker og anvendes derfor oftest. Spörgsmålet om Grunden til, at der indträder Fistel, er selvfölgeligt vanskeligt at afgöre; så mange Forhold spille her en Rolle; som de vigtigste må vel nävnes Tarmväggens Levedygtighed på Operationsstedet og Konsistensen af de fæces, der förste Gang passere Suturstedet. Jeg er ikke utilböjelig til at tro, at det anvendte

Suturmateriale spiller en stor Rolle. Som bekendt benytte en Del Kirurger Silke (CZERNYS Karbolsilke) så vel ved Laparotomier som ved andre Operationer; en anden Del af Kirurgerne benytte Katgut. Jeg har selv altid benyttet Katgut (Karbolalkoholkatgut) så vel til almindelige Operationer som til Laparotomier, blandt andet også til 3 cirkuläre Tarmresektioner og til en Del Tilfälde af anus præternaturalis, og jeg har aldrig haft Grund til at fortryde det. Derimod har jeg ret ofte hos andre Kirurger set og tillige, da jeg har haft min Opmärksomhed henvendt på dette Spörgsmål, meget ofte läst, at Silkesuturer give Anledning til Suppuration; de lave Fistler og udskilles först sent, stundom (f. Ex. ved Ovariotomier) först efter Års Forlöb, hvis de ikke må fjärnes ved Operation. Desuden skärer Silke jo let igennem; det kan Katgut ikke på et senere Tidspunkt.

Hos 3 af de 4 Patienter, der fik Fistler efter Tarmresektionen, var der anvendt Silke til Suturerne (Nr 8, 9 og 25). Kun hos Nr 29 (Coekalkancer) var der anvendt Katgut i 3 Räkker til Tarmen, Silke til Huden. Hos Nr 30, hvor Fistelspörgsmålet er uklart, var anvendt SENNS Pladesuturer; til disse benyttes Silke. Hos 4 (Nr 5, 11, 22, 26) er Materialet ukendt. Hos 3 (Nr 12, Nr 18 og den nävnte Nr 29) var det Katgut, hos Nr 1 (REYBARDS Tilfälde fra 1833) i hvert Fald ikke Katgut.

Det synes herefter at dömme, at *Silken måske kan göres ansvarlig for Dannelsen af Fistler efter Operationen.*

Hjälpemidler ved Operationen, der havde til Hensigt at forebygge Faren ved en eventuel Bristning af Suturerne, ere omtalte ovenfor (se Nr 9 og 30 under Spörgsmålet om »Fistel på Operationsstedet»).

Hvad man frygter, når man udförer en Operation som den her omhandlede, er jo först og fremmest, at Suturerne skulle briste, at der skal opstå *peritonitis;* derfor have vi meddelt det nys skrevne så udförligt; men der er en anden Fare, man ikke kan undlade at tänke på, Faren for *Kollaps* hos de ofte meget medtagne Patienter; nu opstår jo Kollaps ved en Ophobning af forskellige Faktorer: Narkosen, Afkölingen, mulige Bräkninger, Skräkken for Operationen o. s. v., — Forhold, om hvilke der ikke kan foreligge Oplysninger; der er imidlertid én Faktor ved Kollapsen, som kan noteres, det er

Operationens Varighed: om denne foreligger der kun Oplysning hos 3 Patienter; den var 1½ Time hos Nr 26, 2 Timer hos Nr 25 og Nr 29.

Har Patienten overstået det store Indgreb, er jo des värre her, som ved al Kancer, Faren for hans Liv dermed ikke sikkert fjärnet. Spörgsmålet om

Recidiv stiller sig for Lägen samme Dag, han udskriver sin Patient som »helbredet».

Af de 12 Patienter, der overlevede den radikale Operation, *have ikke färre end 6 frembudt sikre Tegn på Recidiv.*

Recidivet konstateredes hos Nr 1 efter 6 Ugers Forlöb; hos Nr 8 (Dobbeltresektionen) efter flere Måneder; hos Nr 30 fandtes 3 Måneder efter Operationen Recidiv ved colon, men ikke på det opererede Sted, coecum; hos Nr 5 og 29 konstateredes Recidiv ½ År efter Operationen, hos Nr 5 i Mesenterialglandlerne og som Marasme; hos Nr 29 var det usikkert, om det var Mesenterial- eller Omentalkancer. Hos Nr 9 er Tidspunktet for Recidivets Fremkomst ukendt; men Patienten döde af Kancer 1¾ År efter Operationen; det er altså muligt, at det har drejet sig om Metastase, uden Recidiv in loco.

I övrigt vides om de andre Patienter, at Nr 11 endnu levede 4 Måneder, Nr 22 ½ År og Nr 25 11 Måneder efter Operationen. Om Nr 26 foreligger ingen Oplysninger. Om Nr 12, *som var opereret for et Tyndtarmskarcinom,* foreligger en *Sektionsberetning:* 9 Måneder efter Operationen fik Patienten ileus og blev laparotomeret; der var en Bindevävsstreng at overskäre på det gamle Operationssted; 4de Dag derefter fik Patienten Plevropnevmoni, og 2 Dage herefter döde han. Ved Sektionen så man, at der slet ikke var Forsnevring af det Sted af Tyndtarmen, hvor Suturerne vare anlagte (indre Slimhinde- og dobbelt Serosasutur); man kunde näppe se Suturstedet.

Foruden denne Patient (Nr 12) vides det om *2 andre* af de 12, at de ere *döde.* Nr 1 döde af Recidiv af Kancer 1 År efter Operationen, og Nr 9 ligeledes af Kancerrecidiv 1¾ År efter Operationen.

Hovedresultatet

for de 12 Patienter, der have overlevet Forsöget på radikal, ideal Kur er fölgende:

Af de 12 Patienter have 6 fået Recidiv; af disse 6 vides de 2 at väre döde af Recidivet; de andre 4 ville sikkert nok

dö deraf. Af de resterende 5 Patienter er kun 1 observeret omtr. 1 År efter Operationen og havde den Gang ikke Recidiv; det var märkeligt nok en stor kolloid Kancer (i colon transversum Nr 25); om 2 haves ikke Oplysning; 1 er död (til Dels som Fölge af Operationen; se Sektionsberetningen om Nr 12 ovenfor); de 2 resterende har man set levende 4 og 6 Måneder efter Operationen.

Dette Resultat er jo ikke särdeles opmuntrende.

β) De 17 Patienter, der dö som Fölge af Operationen.

Svulstens Natur var hos 14 af de 17 Patienter *Karcinom* (närmere omtalt som medullär Kancer hos Nr 3, Epiteliom hos Nr 7, »scirrhous growth» hos Nr 17, kolloid Kancer hos Nr 28). Hos 2 var det et *Sarkom* (Nr 20 og 21) og hos 1 Patient *adenoid Väv* (Nr 2).

Störrelsen var ikke särligt forskellig fra den for de overlevendes Vedkommende omtalte. Der noteres: Ringform-Gåseäg-Barnehovedstor. Nogle af disse Svulster have dog väret ret anselige, at dömme efter, hvor meget man tager bort, således hos den af Czerny opererede (Nr 28), hvor der var diagnosticeret en Nyresvulst, og hvor man fandt en Kancerhulhed, der sträkker sig fra coecum genom colon ascendens til duodenum; hos den af Bergmann opererede har Svulsten også väret stor; her fjärnedes tynde Tarme, Tyktarm og pylorus! (Nr 23).

Svulstens Säde var flexura sigmoidea eller nederste Del af colon descendens hos 3 (Nr 2, 3, 7).
» » » colon descendens 2″ nedenfor flex. lienalis hos 1 (Nr 14).
» » » flexura lienalis coli hos 1 (Nr 4).
» » » colon transversum hos 1 (Nr 19).
» » » flexura hepatica coli hos 2 (Nr 16, 17).
» » » »Coekalkancer» hos 6 (Nr 6, 10, 15, 24, 28, 31).
» » » Tyndtarm (den ene tillige valv. Bauhini) hos 2 (Nr 20, 21).
» » » Tyndtarm og colon transversum og duodenum og pylorus hos 1 (Nr 23).

Hos 2 Patienter var *Svulsten invagineret i en anden Tarmdel.*[1]) Hos Nr 20 var et Tyndtarmssarkom, der tillige havde angrebet valvula Bauhini, invagineret i colon transversum; denne måtte incideres, för man kunde foretage Resektionen. Hos Nr 31 var en cancer coli invagineret i colon ascendens; her kunde man vel häve Invaginationen ved Träk; men der forekom herved Rupturer på langs i Peritonäaloverträkket, hvorfor der måtte anlägges Suturer.

De forskellige Tarmpartier ere altså ret ligeligt fordelte i de 2 Grupper (levende og döde), så at man ikke heraf kan uddrage nogen Slutning med Hensyn til Spörgsmålet om Faren; her er blandt 17 döde 6 Tilfälde af Coekalkancer imod 4 Tilfälde blandt 12 levende Patienter; der er 3 Tilfälde af c. flex. sigmoideæ i hver Gruppe o. s. v.

Det resecerede Partis Störrelse varierede fra 6 til 60 Centimetre; i 5 af Tilfäldene fra 6 til 10 Cm. Störrelsen af det resecerede synes heller ikke at spille nogen absolut Rolle med Hensyn til Spörgsmålet: Liv eller Död; blandt de levende er der flere, hvor man resecerede 15—25 Cm. På den anden Side kan man ikke altid beregne, hvor meget der er fjärnet; således når der er så mange Adhärencer, at det hele danner én sammenklumpet Masse (smlgn. Bemärkninger under Overskriften Dödsårsager).

Det til Suturerne anvendte Materiale er angivet at väre Silke i 5 Tilfälde (Nr 3, 4, 6, 17, 28); til SENNS Pladesutur anvendes Silke (Nr 31); i 11 Tilfälde er det ukendt, hvilket Materiale der anvendtes.

Suturmetoden var den

LEMBERTske i 3 Tilfälde (Nr 2, 6, 15),
GUSSENBAUERS Modifikation af LEMBERT i 2 Tilf. (Nr 3, 4),
»Knudesuturer» i 1 Tilf. (Nr 7),
14 Silkesuturer gennem hele Tarmen i 1 Tilf. (Nr 17),
CZERNYS Metode eller stående denne när i 6 Tilf. (Nr 16, 20, 21, 23, 24, 28),
SENNS Pladesutur i 1 Tilf. (Nr 31),
ukendt i 3 Tilf. (Nr 10, 14, 19).

---

[1]) Smlgn. nedenfor om Tilfälde af cancer flex. sigmoideæ, prolaberede gennem anus, Tilfälde, der behandles i en Gruppe for sig.

Suturerne bristede i 4 Tilfälde (Nr 4, 10, 17, 21).

Hos Nr 4 dannedes en Fistel 3dje Dag; den måtte dilateres; Patienten döde den 9de Dag med fæces i det perirenale Bindeväv. Hos Nr 10 indtraf Döden den 3dje Dag. Hos Nr 17 indtraf Döden i 4de Dögn, og Nr 21 döde 24 Timer efter Operationen; her var Tarmruptur; her var tillige Svulsten rumperet under selve Operationen, så at man ikke kan göre Bristningen af Suturerne alene ansvarlig for det letale Udfald. Men hos Nr 4, 10 og 17 er Bristningen af Suturerne sikkert Dödsårsagen. Hos Nr 4 og 17 var der brugt Silke. Som ovenfor bemärket tro vi, at Silke medförer större Farer for Bristning end Katgut.

Hjälpemidler ved Operationen, der havde til Hensigt at sikre sig imod Faren ved eventuel Bristning af Suturerne, ere anvendte i 5 Tilfälde. Hos Nr 3 lägges Drän i Bugvägssåret. Hos Nr 2 anlagdes en anus artificialis i flex. sigmoidea ovenfor Operationssåret. Hos Nr 4 var der 5 Uger för Operationen anlagt anus artificialis på den modsatte Side; da fæces vise sig at passere Resektionssåret, bliver denne, tidligere anlagte, anus mindre. Hos Nr 17 fixeres serosa af den opererede Tarm til Bugsåret (således som også sket med Nr 9, der levede). — Endelig benytter SENN (hos Nr 31) Ileokolostomi; medens denne gav godt Resultat hos hans anden Pat. (Nr 30), der også havde Coekalkancer, dör denne; dog er Döden ikke fremkaldt ved Bristning af Suturer, men ved en septisk peritonitis, der i 3dje Dögn fremgår af ulcera i den exulcererede Del af colon og intet har med selve Operationssåret at göre. Det er jo i övrigt heller ikke berettiget at omtale Ileokolostomien som en Metode, der har til Hensigt at forebygge Bristning af Suturer.

»Hjälpemidlerne», der blandt de 12 overlevende anvendtes hos 2, have altså ikke slået til; den hos Nr 2 udförte Operation var dog ikke särlig vanskelig, og det var tilmed ikke Kancer, men adenoid Väv, altså ikke stagnerende fæces i en ulcereret Hulhed; denne Operation udförtes i 1875, d. e. tidligt i Forhold til Tarmresektionernes Periode og i Forhold til Antiseptikens Tid. Hos Nr 4 kom der ved Lösningen af Svulsten Ruptur af denne; der meddeles vel, at Tarmindholdet forhindredes i at komme ind i cavum peritonæi: men sligt er jo ikke altid let at afgöre bestemt. Hos Nr 3 var der Tarmindhold i cavum peritonæi ved Operationen; Dränet i Bugsåret kan ikke hjälpe herfor; ti Operationen er i og for sig så stor,

at Kollapsen i og for sig vilde väre dräbende. Hos Nr 17 bristede Suturer; at Tarmens serosa var fixeret til Bugväggen, hjalp ikke; her burde også (som i Tilf. Nr 9) et Stykke af Bugsåret väret åbent; muligt var da Tarmindholdet ledet ud gennem dette.

Man kan selvfölgelig ikke drage bestemte Slutninger; men det synes dog, at de anvendte »Hjälpemidler» ikke kunne siges at have fört til det modsatte Resultat af det tilsigtede; de ere derfor värd at påagte i et givet Tilfälde.

Döden indtraf efter Operationen på en Tid, der for de 17 Tilfälde varierer fra ½ Time til 9 Dage. Det har sin Interesse at se lidt närmere på Tidspunktet; det illustrerer godt disse Operationers store Farer.

I	Löbet	af	de	förste	12	Timer	efter	Operationen	döde	6.
»	»	»	»	»	24	»	»	»	»	4.
»	»	»	»	»	2	Dögn	»	»	»	1.
»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	1.
»	»	»	»	»	4	»	»	»	»	2.
»	»	»			6te	Dag	»	»	»	2.
»	»	»			9de	»	»	»	»	1.

Allerede heraf ser man, at Kollaps må spille en stor Rolle som Dödsårsag (6 af 17). Man finder dette bekräftet ved at efterse, hvad

Dödsårsagen angives at väre:

Kollaps eller Shok hos 7 (Nr 6, 7, 14, 15, 20, 23, 28),
peritonitis hos 4 (Nr 2, 17, 19, 31),
akut sepsis hos 1 (Nr 3),
retroperitonäal Suppuration hos 2 (Nr 4, 10),
Ruptur af Tarmen hos 1 (Nr 21),
ileus med »Knäk» på Tarmen (ikke Sektion) hos 1 (Nr 24),
Nekrose af Tarmenderne hos 1 (Nr 16).

At kun 4 skulde väre döde af peritonitis, overrasker; ser man närmeretil, oplyses fölgende:

Hos nogle af de Patienter, der ere opförte som döde af Kollaps, fandtes tillige »let peritonitis» (Nr 14 og 15) eller »fæces i cavum peritonæi» (Nr 7). To af Patienterne ere ikke secerede, nemlig Nr 3, der döde af akut sepsis og fik Tarmindhold i cavum peritonæi ved Operationen, og Nr 24, der döde af ileus; man fejler vel näppe ved at antage, at også her har der väret peritonitis. Antallet af Tilfälde af peritonitis, der

jo på Forhånd må antages at väre den hyppigste Dödsårsag ved disse Operationer, når ikke den ved samme opståede Kollaps har medfört Döden, stiger herved til 9 af de 17. Regner man hertil de 2 Tilfälde af retroperitonäal Suppuration (Nr 4: fæces i det retroperitonæale Bindeväv, »ikke peritonitis», men Svulsten bristet under Operationen, og Nr 10 »Absces bag coecum»), og regner man tillige »Tarmrupturen» (Nr 21) og »Nekrose af Tarmenderne» (Nr 16) med, får man 13 Tilfälde af peritonitis. Hos de 4 resterende Patienter noteres Shok som Dödsårsag (Nr 23 dör ½ Time efter Operationen, Nr 6 dör 2½ Time, Nr 28 dör 4 Timer og Nr 20 dör 24 Timer efter Operationen); i alle disse 4 Tilfälde har der ikke väret Tid nok til Udviklingen af manifeste Symptomer på peritonitis — den vilde sikkert nok väre kommen.

Man kan heraf slutte, at *der i 13 Tilfälde af de 17 har väret peritonitis.*

Som bekendt konkurrere forskellige Forhold for at göre Udfaldet af en Operation letalt, og vi skulle derfor *analysere Dödsårsagerne nöjere, — det gälder jo meget om at kende dem for at se, hvorledes man muligvis kan undgå dem.*

1) *Når en Patient er in extremis* ved Tidspunktet for Operationen, således som det var Tilfäldet med Treves's Patient (Nr 14), tör man jo ikke vänte gunstig Udgang af et så alvorligt Indgreb. Ved slige Tilfälde bliver det altid et Skön, der til Dels afhänger af Kirurgens Naturel, om man bör lade Patienten dö uden at have tilbudt ham en sidste Chance. I Tilfälde som det foreliggende, hvor Operationen ikke synes at have frembudt särlige tekniske Vanskeligheder, om end skönt den varede 2 Timer, kan man jo forsöge den radikale Kur. Står man derimod over for meget udbredte Lidelser med talrige Adhärencer,

2) *Tilfälde, hvor man på Forhånd kan slutte, at Operationen vil blive särdeles kompliceret og langvarig,* bliver det et stort Spörgsmål, om man ikke bör nöjes med mindre indgribende Operationer end den her omhandlede, den radikale, ideale Kur. Vi skulle anföre nogle af de Tilfälde, hvor mangen Kirurg kunde väre i Tvivl om, hvor vidt han skal gå.

Kraussolds Patient (Nr 6) er en 62-årig Mand, der 13 Måneder forud er incideret i höjre Ingvinalregion; der har siden den Tid väret afsondret ikoröst, med fæces blandet pus, og der findes nu 2 Fistler, der före ind til den nävestore, hårde,

knudrede, ulcererede Kancer, som har angrebet coecum, proc. vermiformis og valvula Bauhini; der er udbredte Sammenvoxninger med Oment; den tilförende Tarmdel adhärerer meget, blandt andet også til arteria og vena iliaca. Operationen kan på Forhånd skönnes at måtte vare länge hos den gamle, af Suppuration og cancer stärkt medtagne Mand (der findes ved Sektionen små Metastaser i höjre Leverlap). — Han dör 2½ Time efter Operationen.

Czerny opererer (Nr 28) for en kolloid Coekalkancer, der er antagen for at väre en Nyresvulst; Karcinomet har angrebet duodenum, så at denne og coecum stå i Forbindelse med hinanden ved den kankröse Hulhed; der er cancer i Oment, pancreas, Lever og höjre Nyre; ved Resektionen fjärnes coecum, colon ascendens og en Del af duodenum. Patienten döde 4 Timer efter Operationen.

Bergmanns Patient, en 57-årig Mand (Nr 23), er dog det mest prägnante Exempel på en meget indgribende Operation. Ved en 14 Cm. lang Incision i linea alba fjärnes et Stykke af Tyndtarmen, 7 Cm. af colon transversum, tillige pars horizontalis af duodenum og pylorus. Denne Operation varer 5 Timer; medens den står på, får Patienten, foruden andre stimulantia, ikke färre end 11 (elleve) Gange Saltvandsinfusion. Han dör en halv Time efter Operationen.

At Kollaps indträder i slige Tilfälde, undrer ikke. Lige over for Spörgsmålet om Kollaps spille jo mange Forhold en Rolle, således

3) *Operationens Varighed.* Oplysninger om denne har jeg kun for 5 Tilfälde.

2	Operationer	(Nr 24 og 31)	angives	at	have	väret	1½	Time,
2	»	(Nr 3 og 14)	»	»	»	»	2	Timer,
1	»	(Nr 23)	»	»	»	»	5	»

I og for sig har det, at en Operation varer länge, ofte ikke så meget at sige; vi så blandt de 12, der overlevede Operationen, 2 Tilfälde af 2 Timers Varighed. Her kommer jo med i Betragtning, hvor meget narcoticum Patienten får, hvorledes dette administreres, om han bliver stärkt afkölet, og meget andet, som det er umuligt at analysere detaljeret.

4) *Brister Svulsten eller den tilgränsende Tarmdel* under Lösningen eller Fremträkningen af samme ved Operationen, da kommer der selvfölgelig let fäkalt pus ind i cavum peri-

tonæi og heraf letal peritonitis. Dette händtes i 4 Tilfälde (Nr 3, 4, 19 og 21).

5) *Briste Suturerne, der binde Tarmdelene sammen* (samlgn. om Silke og Katgut ovenfor) kommer der selvfölgelig også let letal peritonitis; dette er som nävnt angivet at väre sket i 4 Tilfälde (Nr 4, 10, 17 og 21). At det imidlertid stundom alligevel kan gå godt, have vi set ovenfor (S. 20).

At det med Hensyn til Spörgsmålet, om Suturerne ville holde, har Betydning, hvornår

6) *den förste Defäkation efter Operationen* indträder, er selvfölgeligt. Nr 7, der angives at väre död $3\frac{1}{2}$ Time efter Operationen af Shok, og hos hvem man ved Sektionen fandt lidt fæces i Peritonäalhulen, havde Åbning umiddelbart efter Operationen; han havde haft Obstipation i 28 Dage forud for denne. Nr 16, der döde 48 Timer efter Operationen, havde Åbning Natten efter samme. Faren ved den tidlige förste Defäkation må stige, så fremt der har väret

7) *Opstipation — ileus — i längere Tid forud for Operationen;* ti de faste fæces trykke da stärkt på Suturerne. Hos Nr 16 var der tillige — hvad der i og for sig kan blive Dödsårsag —

8) *Nekrose af de sammensyede Tarmender.* Nekrosen indträder som bekendt på Grund af, at man har lösnet for meget af Mesenteriet; en sådan Komplikation må nödvendigt give peritonitis.

Som man ser, er der mange Dödsårsager; de kunne dog som ovenfor vist samles i de to Hovedgrupper — *Kollaps* (1—3) og *peritonitis* (4—8).

Sammenligne vi de 12 levende med de 17 döde,

der alle ere underkastede radikal ideal Kur, er der ingen kapital Forskel i Henseende til Svulstens Störrelse, Säde, det resecerede Partis Störrelse, den anvendte Suturmetode og Materialet hertil o. s. frdl., — man får det Indtryk, at man, når man ser bort fra enkelte Tilfälde, ved hvilke mange Kirurger sikkert vilde have afholdt sig fra at forsöge radikal Kur, umuligt på Forhånd kan sige, om Patienten vil overleve Indgrebet eller ej. Fradrages de 4 Tilfälde, hvor *kun* Kollaps kan siges at have väret Dödsårsagen, *stå Chancerne for Liv og Död omtrent lige, 12 levende imod 13 döde.*

Mortaliteten er altså stor ved Forsöget på radikal ideal Kur, over 50 %; vi skulle nu se, om den kan formindskes ved at benytte de andre Metoder, der i Tidens Löb ere blevne anvendte.

Hvis man er kommen heldigt fra Excisionen af selve Svulsten uden at få det stagnerende ikoröse, med fæces blandede pus ind i cavum peritonæi, ligger det jo när at räsonnere således: den störste Fare for Patienten er nu, at Suturerne, der skulle holde Tarmenderne sammen, briste; ti derved träde fæces ind i cavum peritonæi og give peritonitis; det er derfor bedre at lade fæces passere gennem en anlagt anus artificialis. Denne Tanke har til Dels påtvunget sig af sig selv i de Tilfälde, hvor man agtede at gennemföre en radikal ideal Operation, men ikke formåede at forene Tarmenderne. Man er da gået frem på forskellig Måde:

Excision ved Tarmresektion, partiel Sutur af Tarmen, partiel anus artificialis

(1 Tilfälde; lever)

er foretaget af MAYDL i et Tilfälde af nävestor *Coekalkancer* (Nr 13). Efter Excisionen af Svulsten og tilgränsende sunde Partier af Tarmen blev den halve Cirkumferens af Tarmenderne forenet; dens anden Halvdel blev derimod syet ind i Bugsåret, der delvist lodes åbent; 2 Måneder senere lukkede M. den dannede anus artificialis; efter denne sidste Operation holdt der sig en Fistel i 3 Måneder; des värre var der Recidiv af Karcinomet 5 Måneder efter Resektionen. — Anledningen til denne Fremgangsmåde var, at M. havde benyttet Klamp til at afspärre Tarmenderne under Resektionen, så at disses Rande vare stärkt sugillerede i en Udsträkning af 1 Cm.; af Frygt for Gangrän *vovede han da ikke at forene dem primärt*, men benyttede den skildrede Fremgangsmåde.

Vi ere herved nåede op til et samlet Antal af 30 Tilfälde med 13 levende og 17 döde i Forhold til Operationen.

Dette MAYDLS Tilfälde danner Overgang til de Tilfälde, hvor man slet ikke har villet eller ikke har kunnet anlägge Tarmsuturer og derfor har anlagt *anus præternaturalis completa;* Svulsten er dog exstirperet; det er altså endnu, ligesom ved de hidtil omtalte Tilfälde, Forsög på *radikal Kur, men ikke »ideal»*; Patienten bliver på en Måde Invalid.

B. Excision ved Tarmresektion; Dannelse af anus artificialis

(*radikal, men ikke »ideal» Kur*).

16 Tilfälde: 8 leve, 8 dö.

Tilfäldene kunne deles i *to Grupper*, eftersom den perifere Tarmende er lukket (α) eller, ligesom den centrale, fästet som åben i Bugvägssåret (β).

α) **Svulsten excideres; den centrale Tarmende danner anus artificialis; den perifere Tarmende lukkes ved Suturer.**

10 Tilfälde: 4 leve, 6 dö.

Svulstens Natur var hos alle 10 Patienter Karcinom (närmere omtalt som Epiteliom hos Nr 35 og 39, c. fibrosum hos Nr 37, scirrhus hos Nr 36).

Svulstens Säde var

flexura sigmoidea eller nederste Del af colon descendens hos 5 (heraf 1 höjtsiddende Rektalkancer [Nr 38]),
colon descendens hos 2,
flexura lienalis hos 2,
Tyndtarm (ileum 10 Cm. ovenfor valv. Bauhini) hos 1.

Det resecerede Partis Störrelse (opgivet i 5 Tilfälde) var fra 5 til 22 Cm. (Den Patient, hos hvem 22 Cm. fjärnedes, [Nr 34] lever.)

Operationsmetoden var i 2 af Tilfäldene det *extraperitonäale lumbale Snit*, »*lumbal Kolektomi*»; af disse 2 lever Nr 35, medens Nr 36 dör. I de andre 8 Tilfälde foretoges *intraperitonäal* Operation, Laparotomi; hos Nr 41 först Incision i linea media, senere tillige skrå Incision.

Komplikationer: den angrebne Bugväg fjärnes sammen med Tarmen hos Nr 39, der dör; hos Nr 40, der lever, er der Adhärencer til Ventrikel og Tyndtarm; hos Nr 34, der dör, er der Adhärencer til Mesenteriet, Tyndtarm og columna. Hos Nr 33, der dör, er der talrige Adhärencer; under Operationen falde de stärkt udspilede Tarme frem og må punkteres for at kunne reponeres. Hos Nr 41, der dör, er der ileus forud for Operationen.

Döden indtrådte på et Tidspunkt efter Operationen, der varierer fra 14 (8?) Timer til 6 Dage (14 Timer [Nr 31]; 24 Timer eller 8 [?] hos Nr 34; 48 Timer hos Nr 36; 3:dje Dögn hos Nr 41; 5:te Dögn hos Nr 37 og 6:te hos Nr 39).

Dödsårsagen angives at väre *Kollaps* hos 2 (Nr 33 og 36; hos Nr 36 er ikke foretaget Sektion); *Peritonitis* hos 2: hos Nr 34 som begyndende fibrinös Peritonitis samt *Endocarditis;* hos Nr 41 som ren suppurativ Peritonitis. *Gangrän af Tarmen* var Dödsårsagen hos Nr 37; det var et 10 Cm. langt Stykke Tyndtarm, der var berövet sit Mesenterium og lagt frem til Dannelsen af anus artificialis, der gangränerede; der kom tillige *Mani.* Hos Nr 39 var »*Exkaustion*, ikke Peritonitis» Dödsårsagen den 6:te Dag.

Det senere Forlöb er omtalt for 3 Patienters Vedkommende.

Nr 40 fik *Recidiv* 8—9 Måneder efter Operationen og vides at väre död 1 År efter samme.

Nr 35 lever endnu 1 År efter Operationen uden Recidiv; det er et Tilfälde af ringformet »columnar epitheliom» frit bevagelig, 1″ lang i colon descendens; BRYANT gör lumbal Kolektomi og har til Hensigt at lukke den dannede anus præternaturalis senere. Dette er imidlertid endnu ikke sket 1 År efter Operationen. Man forstår ikke rigtigt, hvorfor B., når han har denne Hensigt, da lukker den perifere Tarmende ved den primäre Operation?

Nr 32 lever endnu 10 Måneder efter Operationen uden Recidiv; dette Tilfälde er ret bekendt, fordi det var en stor Operation; den udförtes i 1879 af MARTINI og GUSSENBAUER i Forening.

Med Hensyn til selve den dannede

Anus artificialis notere vi, at den blev anlagt på *Colon transversum* hos Nr 40, der lever. *Den perifere Tarmende* blev efter at väre lukket ved Suturer, *fästet i Bugsåret hos 2* (Nr 35, 37, der bägge leve), det er en Forsigtighedsforholdsregel, der måske er värd at bemärke. *Om den Hensigt senere at ville lukke den anlagte anus,* som BRYANT omtaler, have vi udtalt os ovenfor. Vi skulle kun tilföje, at hos en af de her omhandlede Patienter (Nr 33) blev *Operatören tvungen til at anlägge anus artificialis;* Foreningen af Tarmenderne var umulig; det var også vanskeligt at lukke Bugsåret; Patienten döde af Kollaps.

β) Svulsten excideres; bägge Tarmender fästes i Såret.

6 Tilfälde: 4 leve, 2 dö.

Svulstens Natur var hos alle 6 Patienter Karcinom (närmere omtalt som Epiteliom hos Nr 46, som kolloid C. hos Nr 43).

Svulstens Säde var:

flexura sigmoidea eller nederste Del af colon descendens hos 2 (Nr 43, 44),
colon descendens hos 1 (Nr 47),
»coekalkancer» hos 3 (Nr 42, 46, 45).

Störrelsen af Svulsten er angivet hos Nr 44 at väre en Ring af 2 Cm. Längde; her blev reseceret 12 à 14 Cm. Tarm; hos Nr 45 var Svulsten af Störrelse som 2 »Näver».

Det resecerede Partis Störrelse varierer fra 5 til 14 Cm.; hos en Patient (Nr 45) var det meget stort; vi omtale dette Tilfälde, der frembyder forskellige interessante Forhold, närmere nedenfor (se anus artificialis). En stor Resektion foretoges også hos Nr 42 (se nedf. under »Komplikationer»).

Operationsmetoden var den *intraperitonäale* i alle 6 Tilfälde.

Komplikationer: Hos Nr 42, der dör 4:de Dag efter Operationen, var der Adhärencer til de tynde Tarme, der vare vanskelige at löse; der var tillige Glandelsvulst i Mesenteriet, der reseceredes sammen med coecum og 15 Cm. af ileum; Dödsårsagen var Gangrän af colon, retroperitonäal Flegmone og frisk peritonitis. Hos Nr 47, der ligesom Nr 42 opereredes af *König*, var der også udtalte Komplikationer; men alligevel overlever Patienten det store Indgreb; det er en 62-årig Kvinde med Karcinom i colon descendens; der göres skrå Incision; der er Adhärencer til peritonæum parietale og colon transversum. Mesenteriet og Glandler må reseceres sammen med et stort Stykke Tarm. På Grund af stor Spänding kunne Tarmenderne ikke forenes; de sys bägge ind i Bugsåret; dette er heldigt; ti den centrale Ende gangränerer og udstödes senere; der kommer *Pnevmoni.* Dog overlever Patienten Operationen; men Recidiv udebliver ikke; hun vides at väre död af dette 1 År efter Operationen.

Döden indtrådte 4:de Dag hos Nr 42, 13:de Dag hos Nr 46.

Dödsårsagen var hos dem bägge *peritonitis; tillige* fandtes hos Nr 42 *Gangrän af colon og retroperitonäal Flegmone.*

Det senere Forlöb er kendt hos 2 af de 4, der overlevede Operationen. Hos dem bägge kom der *Recidiv;* Nr 43 döde heraf inden 1 Års Forlöb; Nr 47 döde heraf 1 År efter Operationen.

Med Hensyn til selve den dannede *anus artificialis* notere vi fölgende:

I to Tilfälde (Nr 43 og 47) var *Operatören tvungen til at anlägge falsk anus;* ti det var umuligt at forene Tarmenderne. *I et Tilfälde,* Nr 45, der strax skal omtales nedenfor, vovede Operatören ikke at forene Tarmenderne, fordi disse havde en blå Farve; man frygtede altså Gangrän. *I 3 Tilfälde* har man haft til *Hensigt senere at lukke den dannede anus artificialis.* Disse Tilfälde må meddeles närmere:

1) VOLKMANN fjärner i 1883 10 Cm. Tarm for kolloid Kancer i flexura sigmoidea. Da han — i störste Korthed — meddeler Tilfäldet, omtaler han, at »Sporebehandling er påbegyndt». Patienten (Nr 42) vides (i Henhold till Meddelelsen af MICHELS) senere at väre död af Recidiv.

2) RIEDEL resecerer i 1884 hos en 54-årig Kvinde (Nr 44) 12 à 14 Cm. Tarm for derved radikalt at fjärne et 2 Cm. langt, hårdt og glat Karcinom i nederste Del af flexura sigmoidea; denne var ret vanskelig at träkke frem. Senere vil han operere Konen for hendes anus artificialis; men hun erklärer sig tilfreds med sin Tilstand. Den nederste Tarmende havde trukket sig langt ind i Bugsåret.

3) RIEDEL opererer i 1885 en 51-årig Mand for et Karcinom i coecum: det er den ovenfor omtalde Patient Nr 45, hvis Tilfälde vi her meddele mere detaljeret. Svulsten var af Störrelse som to knyttede Händer; der var Adhärencer til colon ascendens og lidt af colon transversum, så at disse må fjärnes. Da han efter Resektionen ser, at Tarmen har en blå Farve, frygter han Gangrän og opgiver derfor at forene Tarmenderne; han syr foroven colon transversum, forneden ileum ind i Bugsåret. Det viser sig, at han heri har handlet meget klogt; ti der kommer Nekrose af Mesenteriet og store Abscesser, så at Hudsåret efterhånden må åbnes vidt. Han gör, da det er kommet til Ro, Forsög på at lukke anus artificialis udenfor cavum peritonæi; men han må atter opgive dette Forsög, fordi det giver for stor en Spore. Han gör derfor, 1½ Måned efter den op-

rindelige Resektion, *på ny Resektion* af den kunstige Analåbnings Tarmender, anlägger Sutur (med Silke) *og reponerer Tarmen.* Patienten overlever også dette sidste Indgreb. Man kan ikke nägte, at det er et smukt Tilfälde; det kommer det »ideale» ret när.

Sammenholde vi de 2 Grupper, α og β,

der kun have den Forskel, at i den ene er den perifere Tarmende lukket ved Operationen, i den anden ere bägge Tarmender syede ind i Bugsåret, er Resultatet, at man i

16 Tilfälde har foretaget Excision af Tarmkancer ved Tarmresektion og anlagt anus præternaturalis. Af disse 16 overleve 8, dö 8 af Operationen.

Der er i det hele ingen nävneværdig Forskel på de 2 Grupper; man skulde på Forhånd tro, at det var det sikreste at holde bägge Tarmender åbnede i Bugsåret; men om det virkeligt er det, lader sig ikke belyse af vore Tilfälde.

Af de 8 döde havde 2 Kollaps, 1 »Exhaustion», 4 peritonitis og 1 Tarmgangrän; altså 5 ere döde af peritonitis.

Af de 8 levende vides 3 senere at väre döde af Recidiv omtr. 1 År efter Operationen.

Den artificielle anus synes at väre *anlagt principmässigt hos 12; hos 3* var man *nödsaget til at anlägge den*, fordi Forening af Tarmenderne var umulig; *hos 1 turde man ikke undlade at anlägge den*, fordi man befrygtede Gangrän.

Med Hensyn til *Spörgsmålet om, hvorledes man skulde behandle den dannede anus artificialis*, oplyser Materialet fölgende:

Man har tänkt på at lukke anus artificialis, men ikke gjort det hos 1 (Bryant) —

Man har påbegyndt Sporebehandling hos 1 (Volkmann) —

Man har villet lukke anus artificialis; men Patienten har ikke önsket det. 1 Tilf. (Riedel);

Man har lukket anus artificialis 1½ Måned efter Operationen hos 2 (Maydl og Riedel) —

Hertil kan föjes vort eget, ovenfor udförligt meddelte Tilfälde, hvor den falske anus blev lukket omtr. 4 Måneder efter Resektionen.

En egen Gruppe af Tilfälde er karakteriseret ved, at en *Kancer i flexura sigmoidea er prolaberet gennem anus* og opereres

på en Måde, der er helt forskellig fra den hidtil omtalte. Det er NICOLAYSEN, der först har meddelt et Tilfälde af denne Art. Endskönt disse Patienter også ere blevne underkastede »radikal, ideal Kur», finde de af let forståelige Grunde dog bedst Plads for sig i et Tilläg.

Vi have hermed afsluttet vor Oversigt over de Patienter, hos hvem der er

gennemfört Forsög på radikal Kur for Tarmkancer.

Det er *i alt*, når de 2 af mig behandlede Tilfälde regnes med,

48 Tilfälde, af hvilke 22 overleve Operationen, medens 26 dö som Fölge af Operationen.

Mortaliteten synes at väre lige stor, hvad enten man forsöger primär Forening af Tarmenderne efter Resektion med Resposition af Tarmen, eller man anlägger anus artificialis.

Af de 22, som have overlevet Operationen, vides 9 senere at have fået Recidiv og 1 Metastaser uden lokalt Recidiv.

Chancerne for radikal Helbredelse for cancer intestinalis ere altså kun dårlige. Dette ved nu enhver Kirurg i Forvejen; mange foreträkke derfor ikke at udsätte Patienten for de med Forsöget på radikal Kur ofte så perakut opträdende Farer, men foreträkke den palliative Kur. At man imidlertid ofte må stå vaklende i sit Syn, er indlysende; det fremgår også af, at man har gjort Prövelaparotomier o. a., men måttet opgive Forsöget. Vi skulle anföre disse Tilfälde, der danne som Overgangsformer til den rent palliative Kur, i Grupper for sig:

Man forsöger radikal Kur (Excision ved Tarmresektion), men må opgive Forsöget, og anlägger anus præternaturalis.

3 Tilfälde: 1 ukendt Resultat, 2 döde.

SCHEDE opererer (för 1878) ved komplet Koprostase for et papillärt Karcinom i *colon descendens*. Ved Laparatomien viser det sig umuligt at fuldende Exstirpationen. Bägge Tarmender fästes i Bugsåret. Patienten dör Dagen efter Operationen. Der var ikke peritonitis.

GUSSENBAUER opererer 1880 ved median Laparotomi en 40-årig Kvinde med ileus. Gennem rectum kunde man föle

Enden af en ikke til Väggen af rectum adhärent, tumor. Ved Incisionen udflöd 20 Kbcm. Vädske. Trods Palpationen kunde man dog ikke stille nogen präcis Diagnose (der var Meteorisme). Såret i linea media sutureres, og der anlägges anus artificialis på colon descendens. Patienten döde näste Dag. Der var ingen Reaktion omkring Sårene. Der fandtes en karcinomatös Striktur af *flex. sigmoidea* (32 Cm. fra anus); den var trukket nedad i det lille Bäkken og fixeret til rectum og Bäkkenfascien, så at den dobbelde Krumning af flex. sigmoidea nästen var udslettet.

Sonnenburg forsöger i 1885 ved Laparotomi at fjärne et höjt siddende Rektalkarcinom. Det kan ikke lade sig udföre; han anlägger derfor anus artificialis i Egnen af venstre musc. rectus abdominis. Slutningsresultatet er mig ukendt.

Skönt dette Tilfälde vedrörer rectum, som ellers ikke er omtalt i denne Afhandling, har jeg dog taget det med, fordi der er gjort Laparotomi. Det samme gälder Nr 38, Robert F. Weirs's Tilfälde, der er omtalt nedenfor i Statistiken over anus præternaturalis.

I en anden lille Räkke af Tilfälde[1]) har man ligeledes troet at kunne operere radikalt; men efter at have foretaget Laparotomi har man strax indset, at dette var umuligt, og har opgivet Forsöget.

Man gör explorativ Laparotomi, men lukker igen uden at have rört Svulsten. Da der ikke er Stenosesymptomer, anlägges ikke anus præternaturalis.

4 Tilfälde. Explorativ Laparotomi skader ikke. 2 af Patienterne dö af selve Kancertilfäldene.

König har i 1889 3 sådanne Tilfälde:

1) En 55-årig Mand med *Coecalkancer* laparotomeres; da der er udbredte Adhärencer, anses han for inoperabel, og Bugsåret lukkes. Omtrent 8 Uger efter Operationen skal han hjem; han får pludseligt stärk Diarré og dör.

2) En 50-årig Kvinde med Karcinom i *colon transversum* opereres (ved Tvärsnit); da Mesenteriet og omentum minus

---

[1]) Denne Räkke Tilfälde står for sig i Modsätning til dem, hvor man er begyndt med en explorativ Laparotomi, har fundet Grunden til Ileumstilfäldene og derpå har foretaget Kolostomi, en Samling af Tilfälde, som vi ikke have opfört for sig.

ere så infiltrerede af Kancermasse, at det hele er ganske stift, anses hun for inoperabel. Efter 6 Ugers Forlöb er hun restitueret efter den explorative Laparotomi og udskrives.

3) En 38-årig Mand underkastes explorativ Laparotomi for en Svulst, der *formentligt* er *Coekalkancer;* den er helt uforskydelig. Bugsåret lukkes, og han udskrives efter 5 Ugers Forlöb.

Riedel opererer en 65 årig Mand for *Coekalkancer*, men nöjes med en Prövelaparotomi; denne forlöber godt; men 14 Dage efter dör Patienten som Fölge af Perforation af Karcinomet.

Man kan forstå, at mange, särligt i vor Tid, da Farerne ved explorativ Laparotomi ere langt färre end forhen, forsöge, om de dog ikke kunne hjälpe Patienterne på anden Måde end den rent palliative. Men man kan også forstå, at mange strax på Forhånd opgive dette Håb. Disse Tilfälde er det särdeles svärt at analysere; en Del af dem vilde måske med Rette väre blevne underkastede Laparotomi; men om de fleste tör man formode, at en eller anden Omständighed, som Patientens fremskredne Kakexi, höje Alder, tilstedevärende Metastaser, Forhold af selve Svulsten o. a., har väret det bestemmende for Kirurgen, når han på Forhånd opgav alt Håb om at redde Patientens Liv. At dette har väret så, fremgår alene af den Omständighed, at särdeles mange af disse Patienter ere döde, og dog er Indgrebet, Anläggelsen af en anus præternaturalis, i og for sig af god Prognose, således f. Ex. ved cancer recti. Vi omtale dette Spörgsmål nedenfor i Tillägget over Statistiken. I den Liste, som nu skal anföres, har da også ileus väret Hovedgrunden til Operation, og denne har bestået i Anläggelsen af en anus præternaturalis; Tilfäldene präsentere derfor den anden Hovedform for Behandlingen af cancer intestinalis, nemlig:

II. Palliativ Kur.

Man opgiver på Forhånd Tanken om radikal Kur og anlägger strax anus artificialis.

90 Tilfälde:[1]) 18 leve, 72 dö.

Kun i et af disse Tilfälde angives Svulsten at have väret *Sarkom* (Nr 69, opereret af Sands 1874; Sarkomets Säde var flexura sigmoidea); i de andre Tilfälde var det Kancer.

[1]) Det af mig opererede Tilfälde er regnet med i disse Tal.

Svulstens Säde var:

flexura sigmoidea eller nederste Del af colon descendens	hos 62
colon descendens	» 5
flexura lienalis	» 3
colon transversum	» 2
flexura hepatica	» 1
colon ascendens	» 3
»colon»	» 3
»Coekalkancer»	» 9
ukendt	» 2

Störrelsen af Svulsten har for de Tilfälde, jeg kender den omtalt, gennemgående väret betydelig og har vel väret en af Grundene til, at man ikke forsögte radikal Kur, således i mit ovenfor anförte Tilfälde. Hos Nr 87 stå coecum og flex. sigmoidea i Forbindelse med hinanden ved en stor kankrös Hulhed. Men der findes også Tilfälde af »lille» Svulst, således har Nr 83 én 5 Cm. lang, Nr 89, 91 og 60 henholdsvis en 6, 7 og 8 Cm. lang Kancer. I 5 Tilfälde er angivet, at Karcinomet var »ringformet», hvilket gennemgående falder sammen med en »lille» Svulst.

Den anlagte anus artificialis var:

intraperitonäal[1])	hos 50,
extraperitonäal	» 40.

Hos de 18, der overlevede Indgrebet, Anläggelsen af anus artificialis, var Operationen udfört:

intraperitonäal	hos 11,
extraperitonäal	» 7.

Af de 90 opererede overlevede 18 det operative Indgreb. Medens nogle af disse Patienter lindredes godt ved Operationen, vel mest for deres Ileustilfälde (se således min Patient), blev andre udskrevne i en elendig Tilstand. Om disse Patienters senere Skäbne savner jeg Oplysninger.

Döden indtrådte hos 72 af de 90 opererede:

Inden de förste 24 Timer efter Operationen	hos 24
fra 24—48 Timer	» 13
»nogle Dage»	» 1

[1]) Ved »intraperitonäal» forstås gennemgående LITTRÉS Operation og »Enterostomi». Ved »extraperitonäal» sigtes mest til AMUSSATS lumbale Metode; 6 Tilfälde ere regnede herhen, fordi de ere udförte af engelske Kirurger. I 2 Tilfälde blev anvendt »DOLBEAUS» extraperitonäale Coekalostomi.»

i 3:dje Dögn		hos	4
i 4:de	»	»	2
i 6:te	»	»	3
i 7:de	»	»	3
i 8;de	»	»	2
i 2:den Uge		»	5
i 3:dje	»	»	2
i 4:de	»	»	3
i 9:de	»	»	1
i 3:dje Måned		»	1
i 4:de	»	»	2
i 6:te	»	»	1
i 7:de	»	»	1
i 14:de	»	»	1
ukendt, hvornår		»	3
			72.

Skönt man slet ikke kan drage bestemte Slutninger med Hensyn til Spörgsmålet om selve Operationens Andel i det lokale Forlöb hos Patienter af den her omhandlede Art, synes det dog naturligt at tillägge Operationen Betydning i denne Henseende hos de 24, der dö i Löbet af de 24 förste Timer efter Operationen; 24 ere jo mange af 72; vil man, som det måske kan väre rimeligt, udsträkke Operationens Betydning til *den 1:ste Uge efter dens Udförelse*, får man endog det ret betydelige Tal *52 af 72!* Dette kan nu ikke undre; ti Patienterne ere jo meget medtagne för Operationen; der skal kun lidt til for at göre dem moribunde, f. Ex. blot en Narkose med påfölgende Bräkninger.

Dödsårsagerne blive derfor ved disse Tilfälde särdeles vanskelige at rubricere. For 34 Tilfäldes Vedkommende, hentede fra Peyrots Statistik, mangler jeg Oplysninger. Derimod noteres — med al Reservation — fölgende for de resterende *38 Tilfäldes* Vedkommende.

Kollaps hos 7.

Peritonitis hos 13 (se tillige om Perforation af Tarmen).

Pnevmoni hos 3 (Nr 79 döde 8:de Dag af en dobbelt Pnevmoni; Nr 103 fik Pnevmoni 3 Uger efter Operationen og döde 1 Måned efter samme; Nr 66 döde af Pnevmoni den 9:de Dag).

Särligt notere vi som en af Dödsårsagerne, hvis Fölger tillige er peritonitis:

Perforation af *Tarmen* i Närheden af Kanceren (Nr 57, † af peritonitis).
» » *coecum*, der er bristet. Fæces i cavum peritonæi (Nr 60 † af peritonitis).
» » *Karcinomet* hos 3 (Nr 166, † 24 Timer, Nr 77, † 48 Timer, og Nr 61, † 8 Dage efter Operationen).
» ved *Gangrän af colon transversum* (Nr 71, † 2:den Dag).

Ileus forud for Operationen spiller selvfölgeligt en stor Rolle; den har vel väret tilstede hos alle de opererede, men i ulige Grad. Den er noteret som komplet af 9 Dages Varighed hos Nr 71, der döde 2:den Dag efter Operationen af Gangrän af colon transversum; af 15 Dages Varighed hos Nr 75, der döde Dagen efter, og hos Nr 60, der först döde 6 Dage efter Operationen. På den anden Side var der i det af mig opererede Tilfälde 22 Dage komplet Obstipation forud for Operationen, efter hvilken Patienten rettede sig påfaldende hurtigt og godt. — Man ser, hvor vanskeligt det er at bedömme Dödsårsagerne.

Endnu notere vi, at i 2 Tilfälde *blev Kolostomien af en Fejltagelse anlagt nedenfor Strikturstedet* (Nr 104, der döde 12 Timer, og Nr 82, der döde 3:dje Dag efter Operationen).

At danne sig en Mening, om Döden indtrådte senere, hvor Operationsmetoden var extraperitonäal, end hvor den var intraperitonäal, opgiver man hurtigt ved at se på Tilfäldene; vi minde blot om, at mange af de intraperitonäale Operationer tilhöre den för-antiseptiske Tid.

(Nord. med. Ark., 1892, N:r 8.*)

Hovedresultatet

er, at 145 Patienter[1]) *med cancer intestinalis* (*rectum derfra undtaget*) *ere behandlede operativt; af disse 145 ere 100 döde. Hos 48* af de 145 Patienter er der forsögt *radikal Kur*; af *disse döde* *26*;
» *93*[2]) er der forsögt *palliativ Kur;*[3]) af *disse* » *74;*
» *4* er der foretaget *explorativ Loparotomi* .... —
145. *100.*

[1]) Sammenlign hermed Tillägget: Särlige Tilfälde af cancer instestinalis.
[2]) Hos 1 af disse er Resultatet ukendt.
[3]) Anläggelse af anus artificialis.

*) De med [omsluttede Sidenummer henvise til Pag. i Nord. med. Ark.

Af de 22, der overlevede Forsöget på radikal Kur, vides 1 (Forf:s udförligt meddelte Tilfälde) *at have fået Metastaser i Leveren, 9 at have fået Recidiv.* Da disse 10 sikkert senere ere döde af Kancer, og da de 19,[1]) der overlevede Forsöget på palliativ Kur, sikkert senere ere döde af deres Kancer, ligeså de 4, hos hvem der blev gjort explorativ Laparotomi, er det *endelige Resultat, at af 145 Patienter med cancer intestinalis (rectum derfra undtaget) ere 12 blevve hjulpne ved at underkaste sig Operation;* man tör endda sätte et Spörgsmålstegn ved disse 12; ti det er ikke oplyst, om de ikke senere have fået Recidiv; ved »senere» forstå vi — som for Kancer i andre Regioner — 2 til 3 År.

Man undres ved förste Öjekast over, at den mindre indgribende Operation, Anläggelsen af anus artificialis, har haft langt uheldigere Resultat, 74 döde af 93 opererede, end den overordentlig store Operation, Fjärnelsen af Kancer ved Tarmresektion, der viser 26 döde af 48. Vi have ovenfor berört, at Grunden hertil må söges i mange forskellige, samtidigt tilstedevärende, Forhold. At Tarmresektion er et stort Indgreb, der let giver *Kollaps*, fremlyser af, at 12 af de 26, der döde i Forhold til denne Operation, döde i Löbet af de förste 24 Timer efter Operationen; af de 93, hos hvem der anlägges anus artificialis, döde 26 af Kollaps i Löbet af de förste 24 Timer efter Operationen, altså langt färre, men dog påfaldende mange, hvilket atter viser, hvor elendige mange af disse Patienter have väret ved Tidspunktet for Operationen. Ti under andre Forhold er en Kolostomi ikke noget särligt farligt Indgreb; vi henvise i denne Henseende til vort Tilläg: Statistiker, särligt til ASHHURSTS og VAN ESKELENS. For dem, der ere döde senere end 24 Timer efter Operationen, er Kollaps også flere Gange nävnt som Dödsårsag.

I det hele tro vi at kunne samle Dödsårsagerne i fölgende Grupper, for 59 Tilfäldes Vedkommende, hvor den er os kendt.[2])

Af 59 Dödsfald, grundede i Operationen, var:

Dödsårsagen	Kollaps	hos	20
	peritonitis[3])	»	24
	akut sepsis	»	1

---

[1]) Her regnes den ene Patient med »ukendt Resultat», som havde overlevet Operationen.

[2]) Hos flere af disse findes flere af de her nävnte Forhold samtidigt, således peritonitis sammen med Nekrose af Tarmenderne o. s. v.

[3]) Og dermed beslägtede Forhold, som retroperitonäal phlegmone og lign.

Perforation af Tarmen[1]	hos 8
Nekrose af de resecerede Tarmender	» 2
Pnevmoni	» 3
Ileus, optrådt sent efter Operationen (6:te Dag)	» 1

Foruden disse Dödsårsager have vi ovenfor vist, at andre Farer true de Patienter, der blive underkastede Forsög på radikal Kur. Vi fremhäve her igen särligt Bristningen af de anlagte Suturer, der skulle holde de resecerede Tarmender sammen.

Det er de fleste af disse Farer, vi tro, kunne undgås, eller i alt Fald forringes, ved at anvende den ovenfor i vor Sygehistorie udförligt skildrede Operationsmetode, den extraabdominale Resektion.

Det er indlysende, at der er *mindre Fare for Kollaps;* ti det tager kun kort Tid at lägge hele det Tarmstykke, der er Säde for Kancer, frem på Bugväggen og fixere det i Bugsåret.[2]) Tillige er der *mindre Fare for peritonitis*, den anden af Hoveddödsårsagerne; ti man har aflukket Bughulen helt, för man åbner Tarmen, og da man ikke resecerer Kancerpartiet, men kun åbner Tarmen centralt i Forhold til dette, er der ikke så stor Fare for, at det ikoröse, med fæces blandede Indhold skal komme ind i cavum peritonæi. Hvis der ikke er påträngende Nödvendighed for at häve Ileustilfälde, kan man jo helt undlade at åbne Tarmen, för den er fastloddet til Bugvägssårets peritonäale Beklädning (som ved Kolostomi for cancer recti uden stärke Ileustilfälde); i så Fald er jo Faren for peritonitis helt hävet; det samme gälder *Faren for akut sepsis*, om man vil skille den fra peritonitis. Når alt er kommet til Ro og Defäkationen atter foregår normalt gennem den anlagte anus præternaturalis, *kan man i Ro og Mag, endog uden Narkose,*[3]) *resecere Karcinomet med de tilgränsende sunde Tarmpartier cirkulärt uden mindste Fare for Patienten* — cavum peritonæi er jo helt aflukket.

Man kan nu observere Patienten i så lang Tid, man mener at behöve det, for at udelukke Faren ved indträdende Nekrose af de resecerede Tarmender; kommer der Nekrose, lader man det hele i Ro, til det nekrotiserede er afstödt. *Man observerer, om der kommer Recidiv;* i vort Tilfälde observeredes Pa-

[1]) Ved Dannelse af anus artificialis, ved Lösning eller Fremträkning af Svulsten, ved Bristning af Suturer.
[2]) En så omhyggelig Fixation som beskrevet ovenfor er ikke nödvendig.
[3]) Jeg har flere Gange gennemklippet en fremlagt colon med Sax og ligeret Arterier i Snitfladerne uden at höre Patienterne klage sig i nogen Henseende.

tienten i omtr. 4 Måneder; dette er måske for kort Tid. Men der er en Ulempe ved at observere meget länge; det er at de fremlagte Tarmdele träkke sig mere og mere tilbage, skrumpe ind (på samme Måde, som selve Karcinompartiet skrumpede sammen); herved bliver Slutningsakten, Lukningen af anus artificialis, mere besvärlig. Det var i mit Tilfälde, som det vil ses af Sygehistorien, Hensigten at suturere Tarmenderne umiddelbart efter Resektionen af Karcinomet og etablere en *extraabdominal* Passage af Tarmindholdet; man vilde derved *have udelukket den Fare, der består i, at anlagte Tarmsuturer briste;* man kunde da, når Passagen var sikret og Suturerne holdt, have reponeret Tarmen. Dette Forsög mislykkedes, netop fordi de fremlagte sunde Tarmpartier vare skrumpede stärkt ind; man lärer heraf, at man skal lägge et *meget stort* Stykke Tarm frem. Hvis det Forsög at suturere i Tilslutning til Resektionen var lykkedes, vilde man dog have tabt den store Fordel, der er ved at kunne observere i längere Tid, om der kommer Recidiv eller ej. Jeg tror derfor, at man hellere maa löbe den Risiko, at det fremlagte Stykke Tarm (selv om det var meget stort) skrumper så meget ind, at man ikke kan etablere en extraabdominal Passage for Tarmindhollet — *man har da kun tilbage at helbrede Patienten for hans anus artificialis.* Om Patienten vil indlade sig herpå, er jo hans Sag; jeg har helbredet en Del Patienter for anus præternaturalis, opstået efter Hernier, og de have alle väret meget glade over at befries for det häslige Onde; jeg har ikke anvendt DUPUYTRENS Behandling, der jo synes at komme en vogue igen; den er måske dog mindre farlig end den cirkuläre Resektion og Reposition efter Anläggelse af Suturer, således som den blev anvendt hos min Patient. Han vidste, at det var forbundet med Livsfare at blive befriet for den falske anus — *men det var også förste Gang under den hele Behandling af hans Sygdom, at jeg selv havde Indtrykket af at udsätte ham for Livsfare.* Havde jeg strax, da jeg foretog Laparotomien for at häve hans ileus, i samme séance reseceret hans Tarmkancer, sutureret og reponeret, — så var han måske ikke nu iblandt de levendes Tal.

Iblandt de ovenfor anförte Farer ved Operationen for cancer intistinalis er der endnu en, som må omtales närmere, det er *Faren for Perforation eller Bristning af Tarmen,* når Svulstpartiet lösnes eller träkkes frem. Dette händte i 4 Tilfälde af dem, hvor der forsögtes radikal, ideal Kur (Nr 3, 4, 19 og 21);

alle disse Tilfälde vare imidlertid meget store Svulster, der fordrede store Indgreb; Kraussold kalder endog Nr 3, der opereredes af Czerny for en »sektionsagtig», »deprimerende» Operation. Sådanne Tilfälde egne sig formentligt ikke for Forsög på radikal Kur, og da mindre Adhärencer (som i vort Tilfelde) kunne lösnes med lige så ringe Farer, som det f. Ex. er Tilfäldet ved Ovariotomier, kommer dette Spörgsmål näppe i Betragtning ligeoverfor vort Ämne.

Derimod fremstiller det *Spörgsmål* sig, *om den foreslåede extraabdominale Resektionsmetode for cancer intestinalis kan anvendes som almindelig Metode ved ethvart Tilfälde af denne Lidelse;* kan man, med andre Ord, träkke det kankröst forandrede Tarmparti frem, hvor Kancer end har sit Säde i Tarmen? Herom er der Tvivl; Fremträkningen, der jo skal tage et stort Stykke af sund Tarm, såvel ovenfor som nedenfor Karcinomet, med frem, kan kun foregå let, når det pågäldende Tarmparti er forsynet med et langt og eftergiveligt mesenterium. Dette er nu Tilfäldet for visse Tarmdeles Vedkommende; der vil ikke väre Vanskelighed forbundet med at träkke Tyndtarmen, flexura sigmoidea og colon transversum frem; det er kun overordentlig själdent, at deres Krös er kort; särligt flexura sigmoidea kan man jo altid träkke et langt Stykke udenfor Bugväggen. Men colon ascendens og descendens samt de 2 flexuræ coli (lienalis og hepatica) ere ret stramt häftede, så at Fremträkningen her vil möde Vanskelighed, måske väre umulig. For coecum gälder dette dog oftest i mindre Grad.[1]) Kommer nu hertil, at Mesenteriet kan väre stift infiltreret af svulne Glandler, i alt Fald i det Parti, der svarer til Tarmkarcinomet, stiger Vanskeligheden end mere. I sådanne Tilfälde, hvor Karcinomet har sit Säde i Tarmdele, der have et kort mesenterium, kan man *hjälpe på Mobiliteten ved at incidere peritonæum ved Tarmens Overgang til bageste Bugväg og så lösne den stumpt fra denne.* Der vil imidlertid själden blive Brug for disse Hjälpemidler; ti *Karcinomet har oftest sit Säde i Tarmdele, der have et langt mesenterium*[2]) *särligt i flexura sigmoidea,* — og herved forekommer det os, at den foreslåede Metode vinder i Brugbarhed.

---

[1]) Maydl omtaler S. 49 coecum som »manchmal» bevägelig, når den er Säde for Kancer.

[2]) Hvilket rimeligvis står i Forhold til Patogenesen af Karcinomet.

Sammenstille vi de *145 Tilfälde*, ved hvilke der er opereret for cancer intestinalis, i Henseende til *Karcinomets Säde*, få vi, at det var

flexura sigmoidea eller nederste Del af colon descend.	hos	80
colon descendens	»	10
flexura lienalis	»	6
colon transversum	»	8
flexura hepatica	»	3
colon ascendens	»	3
»colon»	»	3
coecum	»	26
Tyndtarm	»	5
»ukendt»	»	2
		146 [1])

altså *i det langt overvejende Antal i flexura sigmoidea.* Disse Tal stemme godt overens med andre Statistikers Resultater (se Tillägget: Statistiker).

Sandsynligheden for, at Metoden er almindeligt brugbar, stiger også, når man opererer tidligt, ved »lille» Svulst, altså ikke har med de meget store Svulster at göre, hvor efter min Mening den palliative Anläggelse af anus artificialis snarest er indiceret. Det er jo desuden ikke alene Hensynet til den större eller mindre Lethed, hvormed Operationen kan udföres, der er det afgörende; men nok så meget den Omständighed, at, jo större Svulsten er, desto större er også Chancen for Almeninfektion, Metastaser, og har man först Vished om disses Tilstedeværelse, kan man jo helst undlade at operere radikalt.

Det er vigtigt at vide, at *Metastaserne ved den primäre Tarmkräft* först indträffe meget sent og i det hele själdent. De Tilfälde, der ere samlede i denne Afhandling, give kun ringe Oplysning om dette Forhold. Hos Nr 39 var der et Cylinderepitel-Karcinom i *Leveren;* denne var også Sädet for Metastasen hos Nr 69, 70 og 73. Hos Nr 71 var *Ventrikel, Oment, peritonæum og rectum* Säde for Kancer; hos Nr 96 var der *Lungekancer.* Hos alle de nävnte Patienter *var flexura sigmoidea* eller nederste Del af colon descendens *Sädet for den primäre Kancer;* kun hos Nr 32 var det *Tyndtarmen*, der var angreben af Kancer, og her fandtes ved Sektion Kancer i de

[1]) 146 hos 145 Patienter, fordi en af disse havde 2 Svulster (colon transversum og flexura sigmoidea).

retroperitonäale Glandler og i venstre *Leverlap*, men tillige *cancer ventriculi, og denne sidste var den primäre;* en sådan Patient forekommer det os urimeligt at operere for Tarmkancer.

Der er Grund til at tro, at en närmere Analyse af Tilfäldene vilde give flere Oplysninger end de her fremsatte. Vi må supplere dem med Meddelelser fra Forfatterne.

Haussmann råder (1882) over det store Materiale af 289 Tilfälde af cancer intestinalis, der med Undtagelse af 3 til 4 Tilfälde ere undersögte ved Sektion. I vort Tilläg: Statistiker meddele vi flere af de af ham anförte Tal; her kun, at medens han har 4 Tilfälde af cancer jejuni og 21 af ileum, er der 70 for colon ascendens og 129 for colon descendens, hvoraf igen ikke färre end 100 for flexura sigmoidea! det er, mere end en Tredjedel af alle Tilfäldene (rectum derfra undtaget). Hvad vi her ville fremhäve, fordi det har Betydning både med Hensyn til, om man overhovedet har gode Udsigter for Patienten ved at operere hans Tarmkancer på et tidligt Tidspunkt, og om man har Grund til at tro, at den af os anbefalede Fremlägning af Tarmkanceren lader sig udföre som Regel uden Vanskelighed, er fölgende *patologisk-anatomiske Detaljer.*

Det intestinale Epitelioms Udbredning i Kontinuiteten er meget själden; uterus, Milten, Nyren og Binyren, pancreas findes ikke en eneste Gang omtalte som angrebne af Kancer. Medens *Leveren* relativt ofte er Säde for Metastase, er den ikke en eneste Gang angreben per continuitatem; derimod noteres, at fundus af Galdeblären 2 Gange var destrueret.

Mesenteriet og med det tillige oftest *de mesenteriale Glandler* ere ikke så själdent angrebne af Kancer; det synes flere Gange at have väret per continuitatem, at de vare angrebne, men oftest kun i ringe Grad, så at det kunde betragtes som en simpel Fortykkelse, der udgik fra tumor på Mesenteriets Tilhäftningssted. Karcinomet kan stå i *Forbindelse med hule Organer;* men det er da så vidt fremskredne Tilfälde, at man aldrig vilde tänke på at forsöge radikal Kur. Haussmann har iblandt de 289 Tilfälde 17 sådanne; ikke själdent var det 2 Tarmdele, der kommunicerede med hinanden indbyrdes, men oftest dog vesica, der var perforeret; i alle de Tilfälde, hvor vesica var angreben, sad den primäre Kancer i flexura sigmoidea, der jo i det hele let disloceres. I 7 Tilfälde havde Tarmkarcinomet *angrebet Huden* (som i vort ene Tilfälde, og som det vilde väre

sket i vort Tilfälde Nr 2); i disse Tilfälde var Karcinomets primäre Säde 1 Gang coëcum, 1 Gang colon transversum, 2 Gange colon descendens og 3 Gange flexura sigmoidea.

Des värre er det så meget vigtige Spörgsmål, om *de abdominale Glandler* ere angrebne eller ej, ikke påagtet tilsträkkeligt ved Sektionerne; H. finder dette Forhold kun omtalt i 57 Tilfälde; i 36 af disse vare de mere eller mindre svulne og degenererede; i 16 Tilfälde omtales de som absolut uforandrede ligesom alle de andre Organer. I 2 Tilfälde vare Glandlerne normale; men der var Kancer i Leveren. I 3 Tilfälde vare Glandlerne let svulne, men ikke forandrede i Bygningen. Endelig er der ét Tilfälde, hvor Ganglierne må formodes at have väret normale, eftersom Patienten döde 2 År efter Excisionen af Pnevmoni. Som Resumé meddeler H. at *ved 112 pålidelige (men ikke komplet meddelte) Sektioner var der 36 Gange Kancer af de abdominale Glandler, 20 Gange fandtes ingen Glandelsvulst, og 35 Gange angives, at der ikke fandtes Metastaser (uden at dog Glandlernes Tilstand udtrykkeligt er omtalt). Iblandt de andre, sekundärt angrebne Organer står Leveren med Tallet 22, peritonæum med 18; Ovarierne, Nyren, Milten, Lungen og pleura vise kun ganske lave Tal.*

Maydl omtaler i sin Sammenstilling af 90 Tilfälde: 6 Gange Sammenvoxning af tumor med forreste Bugväg; 5 Gange med vesica; 2 Gange med Ventriklen; 10 Gange truende eller virkeligt sket Perforation til cavum peritonæi; 4 Tilfälde af intraperitonäale eller subseröse Pusansamlinger i Närheden af tumor med eller uden Perforation af denne; 12 Tilfälde af Sammenvoxning af Tarmdele indbyrdes — i alt 39 Tilfälde af direkte Udbredelse af Tarmkarcinomet, et stort Tal. Maydl, der skriver 1883, kender ikke Haussmanns större Sammenstilling; mange af deres Tilfälde ere de samme.

Med Hensyn til Spörgsmålet om Udbredelsen ved Lymfe- og Blodbanerne klager M. også over Sektionsberetningernes Mangler, men kommer dog til det Resultat, at *Lymfeglandlerne forholdsvis själdent angribes.* Breder Karcinomet sig i *Mesenteriet, Omentet,* blive disse forandrede til stive, uböjelige Plader; de kunne også skrumpe således ind, at Tarmsvulsten står i direkt Forbindelse med de prävertebrale Lymfeglandler. Iblandt de 90 Tilfälde kender Maydl kun 6 Tilfälde af *Levermetastase.*

Endelig er det, med Hensyn til Spörgsmålet om Operation, värd at notere, at MAYDL finder den almindeligt antagne Mening, at *Tarmkancer oftest i Begyndelsen kun har en ringe Längdeudsträkning* og ofte er *ringformet*, bekräftet.

De fremförte data vise, at der ***ved Tarmkancer existerer en ret lang Periode, i hvilken denne er den eneste tilstedevärende Lidelse; man har, såfremt man opererer Patienten i denne Periode, også Håb om at kunne helbrede ham radikalt.***

At Håbet ikke er meget värd, viser Forf:s Observation. Her foretoges Operationen på et »tidligt» Tidspunkt, — flere Måneder efter samme var der Metastase i hepar.

Det gälder derfor om at kunne stille

Diagnosen af cancer intestinalis på et tidligt Tidspunkt.

Uden at fortabe os i Detaljer — der vilde före os vidt ind på det vanskelige, nästen uudtömmelige Ämne: ileus — skulle vi give fölgende Vink i denne Henseende:

At Diagnosen må väre overordentlig svär, fremgår tydeligt af fölgende Tal, som vi hente hos MAYDL: [1]) I Löbet af 12 År udskrev man fra Wiener k. k. allgemeines Krankenhaus 6287 Patienter, der vare behandlede for Kancer; af disse havde *26 Tyktarmskancer.* I samme Tidsrum blev på samme Hospital foretaget Sektioner af 1460 Kancertilfälde, og af disse vare 46 Kancer i Tyktarmen. Med andre Ord, man ser ofte på Sektionsbordet Tilfälde af Tarmkancer (rectum undtaget), som ikke bleve diagnosticerede i levende Live.

Hvad der i det Tilfälde, som har givet mig Anledning til at skrive den foreliggende Afhandling, ledede mig til Diagnosen af cancer flexuræ sigmoideæ, der jo blev stillet på et tidligt Tidspunkt, var fölgende:

Manden, der var meget bleg, fortalte, at hans Bekendte havde sagt ham, at han havde »tabt» sig meget i den senere Tid; han havde uden påviselig Grund meget ofte stärke Kolik-smerter, der lettedes, når der afgik flatus eller fæces efter Indtagelsen af Afföringsmiddel; fæces vare da hårde, knoldede; én Gang var der afgået frisk Blod med fæces, uden at man kan antage, at der har väret Hämorroider ad anum. Obstipa-

---

[1]) Smlgn. Tillägget om Statistik.

tionen steg til ileus trods den Omständighed, at Afföringsmidler dog jävnligt frembragte Defäkation, en ileus, som dog ved fornuftig Behandling kunde bringes til at drive over. Han kunde höre Gurglen i abdomen, når der var Kolik. Alt dette tydede på en hindret Passage for Tarmindholdet; men det kunde lige så godt väre — som diagnosticeret på den medicinske Afdeling — Invagination som obstipatio chronica som Kancer eller en anden Nydannelse.

Den Omständighed, at Patienten selv havde bemärket, at han var lidt öm i venstre fossa iliaca, og at man, efter at der var kommet rigelig Åbning, kunde föle en fast, lille og meget mobil Svulst i Egnen af flexura sigmoidea, ledede Tanken hen på dette Sted som Hindringens Säde; — at man den ene Dag kunde föle tumor tydeligt, den anden Dag slet ikke, bestyrkede Formodningen om det antagne Säde for Nydannelsen. [1]) At Ileustilfäldene kom igen trods 1 Måneds fortsat Brug af Afföringsmidler, berettigede til at udelukke Muligheden af simpel Obstipation, og da den fölte Svulst var meget lille, trode man at kunne udelukke Invagination. Hvorfor da Kancer? fordi det erfaringsmässigt er den hyppigste Form af Nydannelse, särligt i flexura sigmoidea, langt hyppigere end Sarkomer, Adenomer, Fibromer, Myomer og Lipomer, og fordi Anamnesen tillod at udelukke cikatricielle Stenoser efter ulcera, som de kunne findes ved fb. typhoidea, Tuberkulose, själdnere Dysenteri og Syfilis, Stenoser, der kunne give lignende Symptomer.

Mest karakteristiske af de anförte Symptomer ere Svulstens Mobilitet og Kolikernes Natur; den sidste står i Sammenhäng med, at Tarmindholdet ophober sig ovenfor den oftest ringformede Striktur og her forårsager Dilatation af Tarmen, men samtidigt en Hypertrofi af Tarmväggen, så at Antiperistaltiken kan blive stärkt udtalt; den omtalte Gurglen skyldes, at der er samlet Luft og tynde fæces sammen med de fastere. En Vexel imellem Forstoppelse og Diarré vil ofte väre Fölgen af Stenosen og den Katarr, der forårsages af de stagnerende fæces.

I nogle hos Forff. iagttagne Tilfälde har man iagttaget Afgang af stinkende Slim, blodfarvet Slim og rent Blod; en-

---

[1]) Man må vogte sig for at antage de kontraherede Muskelfibre af obliqvus abdominis externus, der danne som en tungeformet fremragende Del af Musklen ovenfor den laterale Del af lig. Fallopii, for Nydannelse.

kelte Gange Svulstpartikler, der mikroskopisk tydeligt viste sig at bestå af Kancer; herved bliver Diagnosen jo absolut sikker; ligeledes når man, som i de i Tillägget anförte Tilfälde, selv kan se Svulsten (eventuelt göre Excision til mikroskopisk Undersögelse), fordi den er invagineret og prolaberet gennem anus.

Ved at kombinere de forskellige Forhold vil man ofte kunne stille Diagnosen af cancer intestinalis på et tidligt Tidspunkt; Diagnosen må dog, som det vil indses, ofte stilles per exclusionem; vi have alt ovenfor nävnt en Del Sygdomme, som her komme i Betragtning; vi föje kun til, at man overhovedet må udelukke tidligere Betändelsesprocesser, der kunne före til, ikke alene Stenoser af selve Tarmen, men også Kompression af samme udvendigt fra ved strammende Bånd o. l., altså udelukke de forskellige Former af peritonitis og Flegmoner i pelvis.

Har man diagnosticeret, at der er en tumor, gälder det at bestemme, at den virkeligt sidder i Tarmen og ikke i Ventriklen, Leveren, Milten, Nyren, Omentet, Mesenterialglandlerne. Det vilde före for vidt at anföre Detaljer her; kun skulle vi bemärke, at Svulster i andre Organer end Tarmen, således f. Ex. en lille Kancer i pylorus, kunne väre så mobile og ligge på så aparte Steder i abdomen, at man bliver helt forbavset derover. Jeg har selv en Gang diagnosticeret Sandsynligheden af en Omentalsvulst og foretaget Prövelaparotomi; det var en cancer pylori, der var utroligt mobil og lå i Egnen af umbilicus. König angiver, at en Ventrikelsvulst fölger Respirationens Bevägelser, hvad en Tarmsvulst ikke gör; men han tilföjer strax, at man jo ikke kan stole på dette Symptom, da Adhärencer af den syge Del til sunde kan forviske Forholdene i höj Grad. Vi have set, hvor ofte der er Adhärencer.

At Narkose kan hjälpe til Diagnosen ligesom store Vandklysmata o. a., ville vi kun beröre — for at advare imod at benytte Simons Metode, Indförelse af Hånden i rectum for at palpere nöje. Ved Forsög på Kadaver har jeg overtydet mig om, at, selv om man gör Palpationen meget forsigtigt, fremkalder man dog let Rupturer af Tarmens Peritonäalbeklädning, — hvor meget mere må man ikke befrygte dette, når der er Tarmkancer; vi have ovenfor set, at Operationen let kan give Anledning til Ruptur.

Skönt man efter det her fremförte vel ofte vil kunne diagnosticere Tarmkancer på et tidligt Tidspunkt, ville en Del Tilfälde dog undgå selv en opmärksom Observation. Der gives nemlig Tilfälde af Tarmkancer, *der aldrig vise Stenosesymptomer;* vort eget Tilfälde Nr 2, der er meddelt ovenfor (S. 4), og hvor jeg diagnosticerede Fibrosarkom af det subperitonäale Bindeväv, er et Exempel herpå; jeg kender 18 andre Tilfälde,[1]) hvor der heller ikke var Stenose. Sådanne Tilfälde träkke ofte meget länge ud, för de komme til Observation; ved denne drejer det sig allerede om *store* Svulster, med Adhärencer; Diagnosen af disse er vel lettere end af de små; men her bliver dog ofte samme Tvivlspörgsmål at klare, som anfört ovenfor. Navnlig ville vi fremhäve Vanskeligheden ved at skelne en Kancer, der adhärerer med Bugväggen og giver Anledning til Abscesser og Fistler, fra en kronisk Betändelse i fossa iliaca med samme Komplikationer (man tänke her särligt på Coekalregionen).

Endnu skulle vi kun omtale et Symptom, der siges at väre karakteristisk for Stenoser af Tarmen, hvad enten Svulsten er lille eller stor, nemlig den forandrede Form, särligt Bändelformen, af fæces. Dette Symptom manglede ganske hos vor Patient, og dog var hans Striktur så stärk, at kun en tynd Pincet kunde passere den. Det forekommer mig ret naturligt, at Symptomet ofte må mangle; det er jo oftest forholdsvis tynde fæces, der tränge ned gennem Strikturstedet; de ligge da i rectum en Tid lang og blive mere faste, — og de få, når de tvinge Patienten til Defäkation, den Form af mere eller mindre runde Knolde, som man kender fra enhver Obstipation, — Bändelform ville fæces antageligt kun have, når fæces af jävn grödet Konsistens presses gennem en ikke meget snäver Striktur og så med det samme evakueres per anum, — ligesom når Hindringen for Passagen sidder i selve anus.

Spörgsmålet om den

Behandling,

man bör anvende, når man har diagnosticeret cancer intestinalis, forekommer mig efter det ovenstående at kunne resu-

---

[1]) Se Side 37 de 4 Prövelaparotomier. De andre 14 omtales af HAUSSMANN; men på den anden Side meddeler han, at 160 af 174 Tilfälde viste mere eller mindre udtalt Forsnävring.

meres således: Ved tidlig Diagnose og lille Svulst bör man gå ud på Forsöget at helbrede Patienten radikalt. Hertil må anvendes *Laparotomi og extra-abdominal Resektion*, d. e. Fremlägning af det af Kancer angrebne Tarmparti og Resektion af Karcinomet, når det fremlagte Parti er helt aflukket fra cavum peritonæi, hvilket det i Reglen vil väre sikkert efter 8 Dages Forlöb; man observerer derefter, om der kommer Nekrose af Tarmenderne eller Recidiv. Det *overlades Patienten at bestemme*, om han vil underkaste sig den Risiko, der er forbunden med at göre ham helt normal igen ved at *lukke den dannede anus artificialis.*

Hertil fordres Resektion og Anläggelse af Suturer; Faren ved dette Indgreb er helt ophävet, når der er Tarm nok til også at göre denne Operation extra-abdominalt; skulde Suturerne briste ved förste Passage af fæces, har det ikke skadelige Fölger; der vil dog stedse väre nogen Fare forbundet med at reponere den fremlagte Tarm, selv om man er sikker på, at Suturerne ville holde; Faren herved er dog langt mindre end ved den almindeligt anvendte Fremgångsmåde for Tillukning af anus artificialis: Resektion, Sutur og Reposition med Tillukning af Bugvägssåret, alt i samme Séance. Da man imidlertid helst bör vänte länge (3—6 Måneder?), för man lukker anus artificialis, for at kunne observere, om der kommer Recidiv eller ej, vil man vist nok oftest se den fremlagte Tarmdel så meget formindsket i Omfang, at der ikke er Materiale nok til extra-abdominal Forening uden for stor Stramning og altså Bristning af Suturerne ved Passagen af fæces; derfor vil man, selv om man strax har lagt en meget stor Tarmansa frem, i Reglen vist nok måtte foretage Operationen for den falske anus i én Séance.

Er der Ileustilfälde tilstede för den extra-abdominale Fremlägning af Tarmdelen, hvilket vil väre Reglen, bör man åbne Tarmen centralt i Forhold til Karcinomet og indlägge Drän; Åbningen må anlägges på tvärs af Tarmens Längdeaxe og kun väre lille (omtrent Halvdelen af Tarmens Cirkumferens). Ved påträngende Ileustilfälde bör denne Åbning anlägges strax, ved mindre Grader af ileus den fölgende eller en af de fölgende Dage.

Denne extra-abdominale Behandlingsmåde af cancer intestinalis vil i Reglen kunne udföres, fordi Kancer i Reglen har sit Säde i Tarmdele, der have et langt Mesenterium og altså ere mobile. Kan Fremträkningen ikke ske med Lethed,

enten fordi Mesenteriet for den angrebne Tarmdel er for kort, eller fordi Adhärencer eller udbredt Svulst forhindrer det, må man gribe Sagen an, som når man står overfor större Svulster. Den indledende Laparotomi bliver da en *Prövelaparotomi*, og det bliver for hver enkelt Tilfäldes Vedkommende Kirurgens Skön, der afgör, om han skal forsöge den radikale Kur eller nöjes med den palliative.

Er Patientens Tilstand i det hele god, og kan man ved Hjälp af Lösning af Adhärencer, Incisioner i peritonæum på Overgangsstedet imellem Mesenteriets Rod og Bughulens Peritonälbeklädning håbe at kunne träkke Svulsten frem foran Bugväggen uden at forårsage den skäbnesvangre Perforation af Karcinomet eller af Tarmen i dettes Närhed, da kan man, i Tillid til, at Tarmkancer i Reglen först sent giver Metastaser, endnu forsöge den radikale Kur. Også her vilde jeg tilråde at fixere det fremtrukne, åbne Tarmen i ringe Udsträkning og lade det mest stormende ved Ileustilfäldene tabe sig, för man foretager Resektionen; men man vil vist jävnlig träffe Tilfälde af större Svulster, hvor dette ikke lader sig göre. I sådanne Tilfälde bör man *göre Resektionen strax og fixere bägge Tarmender i Bugsåret.* Man kan da senere, når man har set, at der ikke kommer Recidiv, atter lukke den falske anus. Denne Metode er at foreträkke fremfor den ideale at resecere, suturere og reponere i samme Séance.

Opgiver man Tanken om radikal Kur, når man har undersögt Forholdene ved Prövelaparotomi, bliver det Spörgsmålet, om man skal retablere Tarmpassagen ved *Entero-anastomose*, eller om man skal *anlägge anus artificialis.* Da den sidste Operation er den hurtigst udförte og tillige mindst farlige, vilde jeg foreträkke den; den bör udföres efter MAYDL-RECLUS's Metode, eftersom man herved sikrer sig, at *alt* Tarmindholdet passerer ud gennem Bugvägssåret.

Anläggelsen af anus artificialis kan også blive indiceret som den Operation, der bringer Patienten ud over det farlige ved hans Ileustilfälde, og man kan da senere tage det Spörgsmål for, hvorledes man skal behandle hans Tarmkancer. I slige Tilfälde vil man ofte komme til at anlägge anus artificialis på et Sted, der er fjärnet fra det af Kancer angrebne; men dette vil ikke väre til Skade.

Skulde det, når man har diagnosticeret Tarmstenose, vise sig, at denne ikke var begrundet i Kancer, men i en benign

Nydannelse eller i en cikatriciel Forsnävring, da kan den extra-abdominale Behandlingsmetode anvendes på samme Måde som ovenfor beskrevet; her kan man dog have Håb om at retablere Tarmpassagen extra-abdominalt, da man ikke skal afvänte, om der kommer Recidiv; man kan suturere i samme Séance, i hvilken man har foretaget Resektionen, og, når man ser, at Suturerne holde, reponere Tarmen.

Tilläg I.

Själdent forekommende Tilfälde af cancer intestinalis (flexura sigmoidea),

(7 Tilfälde: 4 leve, 2 dö)

der på Grund af deres Forhold ere blevne opererede på en helt anden Måde end de ovenfor i Afhandlingen skildrede, har jeg ment at burde samle i et Tilläg for sig. Disse Tilfälde udmärke sig ved, at en Kancer i flexura sigmoidea prolaberer gennem anus og opereres udenfor denne, altså uden Laparotomi. Den förste af disse Iagttagelser skyldes NICOLAYSEN [Kristiania] [1]) og meddeles her i kort Referat.

En 49-årig Dame led af träg, af og til slim- og blodblandet Åbning; hun havde Smerter i abdomen og Fölelse af Nedtrykning. I Marts 1881 föler Dr JOHANNESEN i rectum en hård, ujävn Klump, der antoges at udgå fra överste Del af rectums Väg. NICOLAYSEN undersöger hende 4 Dage senere og derefter flere Gange, men stedse med negativt Resultat. I Januar 1882 får hun et voldsomt Anfald af Smerte, og under en Defäkation prolaberer udenfor anus en Svulst af en knyttet Hånds Störrelse; JOHANNESEN finder den 10 Cm. lang, diagnosticerer Kancer og sender atter Patienten til NICOLAYSEN, der atter finder rectum fuldständig tom. Först da hun på Opfordring sätter sig på Hug og presser stärkt, märker hun selv Svulsten, man föler den da i rectum og kan med en Tang träkke den frem; det er en ringformet 6—7 Cm. höj, 1½—2 Cm. tyk Kancer, 5—6 Cm. bred. Nogle Dage senere opererede N. på fölgende Måde: venstre Pegefinger förtes op i Tarmens Lysning, og 2½ Cm. ovenfor Svulstens överste Gränse anlagdes Silkesuturer tät ved hinanden helt rundt, igennem bägge Tarmrör, således at Fingeren hver Gang fölte Suturnålens Stik. Derpå afklippedes

---

[1]) Tumor carcinomatosus intestini S. romani. Resektion af S. romanum; Helbredelse. Nord. med. Ark., Bd 14, Nr 13.

Tarmen omtrent 1 Cm. nedenfor den anlagte Ring af Suturer; kun et enkelt Sted fordrede lidt Blödning en Ligatur. Derpå anlagdes en tät fortlöbende Silkesutur (Kastesting) gennem alle Hinder. Efter Rensning reponeredes Tarmen let og slap op i rectums överste Del. 2den Dag efter Operationen spontan Åbning uden Smerte; 8 Dage derefter op; 15de Dag efter Operationen udskrives hun; i rectum kan intet abnormt föles.

2½ Måned efter Operationen befinder Pat. sig fuldständig vel.

Det resecerede Tarmstykke, der blev undersögt af LAACHE, var 8,5 Cm. langt. Serosa noget fortykket ved bindevävsagtige Psevdomembraner; der er vedhängende Rester af Mesenteriet samt 3 appendices epiploicæ af 4 Cm:s Längde. Det kankröse ulcus var 6 Cm. langt, 4,5 Cm. bredt; mikroskopisk Diagnose: Cylinderepitelkankroid.

Skönt ikke uden Fare, er denne Operatien dog langt mindre farlig end de ovenfor omtalte, der fordre Laparotomi.

STRÖM [1]) har i 1884 behandlet et lignende Tilfälde på en analog Måde. Patienten döde af peritonitis.

Jeg har fundet Meddelelse om i alt 5 Tilfälde af samme Art som det refererede.

To Tilfälde ere opererede af VERNEUIL; de omtales af A. BROCA i Le Progrès méd. 1886, Nr 8. I det förste Tilfälde fjärnedes Karcinomet med écraseur; Gennemknusningen af det omkrängende peritonæum gav en letal peritonitis. — I det andet Tilfälde spaltede V. rectum og havde derved fri Adgang til Svulsten; V. anlagde DUPUYTRENS Enterotom, og nogle Dage senere fjärnedes Svulsten, efter at der var anlagt 6 Ligaturer om dens basis. Patienten döde 2 Dage senere af peritonitis; imellem 2 af Ligaturerne var der en åben Spalte. Det var en kolloid Kancer i flex. sigmoidea, og peritonæum var uden Adhärencedannelser eller Kancer.

KULENKAMPFF meddeler i Centralblatt f. Chirurgie 1886, S. 817, om et 1½ Cm. höjt Karcinom (?) af Störrelse som et tysk 5-Markstykke, der sad i Slimhinden af flex. sigmoidea og var invagineret i rectum; det kunde let träkkes frem foran anus. Operationen, der bestod i at incidere omkring Svulsten og fjärne det Stykke af Tarmväggen, hvorpå den sad, fra Mesenteriet, medförte, at der blev skåret et Stykke af Störrelse som et tysk 2-Markstykke ud af en Tyndtarmslynge, der var adhärent til serosa af den Tarmdel, der bar Svulsten. Der anlagdes Suturer og reponeredes, dog ikke helt, men således,

---

[1]) Et Tilfälde af tumor carcinomatosus med Invagination og Prolaps. Norsk Magaz. f. Lägevidenskab, R. 3, Bd 15, 1885, S. 75.

at man ved Hjälp af en Tråd let kunde träkke Tarmen frem igen. Der kom ileus, der »ikke veg for kraftige Repositionsforsög, Indläggelse af Tampons o. s. v.»; derfor gjordes den 10de Dag Laparotomi i venstre Side; K. turde dog ikke foretage Desinvagination, men anlagde anus artificialis. 3 Uger derefter blev Patienten udskreven. Efter senere i omtr. 6 Uger at have lidt af Smerter, Obstipation og Feber rettede Patienten sig igen og var rask ½ År efter Operationen.

Präparatet gik tabt; Svulsten var ikke ulcereret, men mere papillomagtig; det er derfor tvivlsomt, om det var et Karcinom.

Endelig har König[1]) (i 1887?) opereret et Tilfälde af Karcinom hos en 50-årig Mand; det lå invagineret höjt oppe i rectum; denne spaltedes bagtil, og os coccygis exstirperedes; derpå spaltedes rectums bageste Väg i hele dens Udsträkning. Derved trådte nästen hele det invaginerede Stykke af flexura sigmoidea frem og kunde let träkkes yderligere frem. Der göres sukcessiv Excision med påfölgende Anläggelse af Suturer; imellem disse tränge appendices epiploicæ frem og må til Dels fjärnes; det var let at ligere de overskårne Mesenterialkar. Der anlägges 2 Räkker Suturer; Tarmstykket reponeres ikke; hele det store Sår i rectum sutureres. Det invaginerede Stykke trak sig tilbage af sig selv. Han blev holdt obstiperet i 14 Dage. Det var et Adenokarcinom af den almindelige Type. Patienten befinder sig vel *omtr. 3 År efter Operationen.*

Medens de 6 anförte Tilfälde må regnes til Karcinomer i flexura sigmoidea, henhörer fölgende Tilfälde, som er blevet mig meddelt af Hr Prof. Nicolaysen — ved Brev (og ikke har väret trykt), til de Karcinomer i flexura sigmoidea, der tillige have grebet over på den överste Del af rectum. Vi meddele dette Tilfälde efter N:s egen Fremstilling:

Fru X., 54 År, opereredes d. 30/6 90. Karcinom af omtrent en Oranges Störrelse udgående fra Slimhinden i nederste Del af S. romanum og sträkkende sig over på den överste Del af rectum. Den cirkuläre Infiltration var delvis ulcereret, var 9 Cm. höj, hvoraf nogle få Cm. i rectum, Resten i S. romanum. Der foretages Kraskes Operation med Åbning af peritonæum. Mesenteriet til S. romanum måtte gennemklippes for at träkke Tarmen tilsträkkeligt langt ned. Da man

[1]) Die Operationen am Darme bei Geschwülsten. V. Langenbecks Arch. 1890, Bd 40, S. 912.

ikke kunde nå höjt op nok til at anlägge Ligatur, anbringes en lang Spencer Wells Tang (der lodes liggende i 48 Timer), så at den sammenklemmer art. colica inferior. Der reseceres et 12 Cm. langt Stykke Tarm. Der anlägges Sterkoralfistel i Sakralregionen (4 Cm. + 2½ Cm.); de 2 Tredjedele af Tarmendernes Omkreds forenes i den Side, der vender ind til Bäkkenets Hulhed; Resten sammensyedes med Hudsåret i regio sacralis.

Den nederste Del af S. romanum gangränerede fortil i en Höjde af 2—3 Cm.; efter at dette var afstödt, forenedes atter Enderne af Tarmen med överste Del af rectum, hvorefter god Tilheling.

Siden Midten af Avgust 1890 var hun oppe og ude med Pelotbandage (Hocheneggs) og har siden befundet sig vel. Pelotten er bleven forandret et Par Gange, sidste Gang i Juli 1891; den er fuldkommen sufficient.

Fru X. har siden Hösten 1890 bestyret sit store Hus, deltaget i Selskabelighed, foretaget Rejser. Hun er kommen i udmärket godt Hnld. Intet Recidiv til Dato (d. $^{16}/_{7}$ 91).

Som man ser, udmärke disse 7 Tilfälde af cancer intestinalis sig alle ved at have forårsaget en Invagination af flexura sigmoidea, i hvis Väg de primärt havde Säde, i rectum, af og til endog med Prolaps ud af anus; de have derfor også fordret en forskellig Operationsmodus. Hvilken af disse forskellige Operationsmåder man skal foreträkke, bliver at afgöre i det enkelte Tilfälde. Er Svulsten prolaberet ex ano, kan den af Nicolaysen beskrevne Resektionsmetode anvendes med Held; jeg har i et Tilfälde af simpel prolapsus recti ex ano med Held anvendt en lignende Metode; dog må man väre forberedt på, at der kommer cikatriciel Striktur, der kan fordre Efteroperation. KönIGs ovenfor meddelte Operation for Invagination, der ikke kan nås fra anus, synes mig at burde foreträkkes fremfor Kraskes Operation, der dog i de Tilfälde, hvor en Kancer i flexura sigmoidea er kombineret med Kancer i överste Del af rectum (»höjt siddende Rektalkancer») og ikke er så mobil, at der er Tale om Invagination, må anses for at väre den indicerede, — hvis man ikke vil foreträkke det nyeste nye, Roses *»coliectomia posterior»*, [1]) en Fjärnelse ved Tvärsnit af hele den Del af os sacrum, der rager frit frem af »Bäkkenringen», i Höjde med de to incisuræ ichiadicæ majores. I de Tilfälde, man anvender de to sidst nävnte Metoder, må man väre forberedt på, at Dannelsen af en anus artificialis vil blive

---

[1]) A. Maas: Die Amputation des Wirbetskanals zum Behuf des hinteren Bauchhöhlenschnitt (der coliectomia posterior) nach Prof. Rose. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd 32, S. 221. 1891.

den endelige Udgang, såfremt Patienten overlever selve det operative Indgreb. —

Vil man föje disse 7 Tilfälde til de ovenfor anförte 145 Tilfälde af opererede Tarmkarcinomer, forandres vore Tal på fölgende Måde:

152 Tilfälde af Tarmkancer (rectum derfra undtaget) ere opererede.
I 87 af disse 152 Tilfälde havde Karcinomet Säde i flexura sigmoidea.
I 55 Tilfälde gennemförtes Forsög på radikal Kur. Af disse 55 overlevede 26 Operationen, medens 29 döde som Fölge af Operationen.

Af de i dette Tilläg omtalte 7 Tilfälde vides én Patient (Königs) at have befundet sig vel omtrent 3 År efter Operationen. Nicolaysens först omtalte Patient, opereret i Januar 1882, befinder sig endnu vel 2½ Måned senere, og samme Kirurgs efter Kraskes Metode i Juni 1890 opererede Patient befinder sig endnu vel over 1 År efter Operationen.

Herefter at dömme synes de i dette Tilfälde omhandlede, själdent forekommende Tilfälde af Kancer at give en särlig god Chance for radikal Kur; det ligger vel i, at de opereres på et så tidligt Tidspunkt. At det er et tidligt Tidspunkt, kan man slutte deraf, at de ere prolaberede; de kunde jo ikke prolabere, hvis de alt havde fået Tid til at danne Adhärencer til Naboorganerne på Stedet.

Tilläg II.

Statistiker vedrörende cancer intestinalis.

Endskönt Statistiker i Almindelighed ikke have megen Värdi, belyse de dog enkelte Punkter ret godt, således f. Ex. om Hyppigheden af Lidelsens Säde i en enkelt Tarmdel. Jeg har derfor trot det af Interesse at anföre forskellige Statistiker og samlet dem her i et Tilläg for sig. Man må erindre, at mange Tilfälde gå igen i de forskellige Statistiker.

MAYDL [1]) meddeler följende interessante Tal til Belysning af Hyppigheden af Tarmkancer overhovedet, af Tyktarmskancer i Särdeleshed og af Diagnosen af Sygdommen för og efter Döden.

I *Wiener k. k. allg. Krankenhaus* blev i Löbet af 12 År (1870—1881):

udskrevet fra Klinikerne 246827 Patienter. Af disse havde 6287 Kancer; af disse havde 254 cancer intestinalis (duodenum og Tyndtarm 4, Tyktarm 26, rectum 224);

foretaget 20480 Sektioner. Iblandt disse fandtes hos 1460 Kancer; af disse havde 100 cancer intestinalis (duodenum 2, Tyndtarm 4, Tyktarm 46, rectum 48),

hvilket viser, at cancer intestinalis (rectum derfra undtaget) oftere findes ved Sektion, end den diagnosticeres i levende Live.

For at belyse Hyppigheden af Tarmkarcinomets Säde sammenstille vi de i Wien i 12 År hos Patienter observerede Tilfälde af Kancer, de sammesteds i samme Tidsrum secerede Tilfälde, Angivelser af MAYDL over 90 af i hans Afhandling omtalte Tilfälde og BRYANTS Tal angående 110 Tilfälde (citerede af MAYDL).

	W. Klinik.	*W. Sektion.*	*Maydl.*	*Bryant.*	*S u m.*
Duodenum	1	2	—	—	3
Tyndtarm	3	4	—	6	13
Proc. vermiformis	—	1	1	—	2
Coecum	1	9	17	7	34
Colon ascendens	5	6	1	—	12
» transversum	2	—	9	19	30
» descendens	1	—	14	—	15
Flexura sigmoidea	6	13	45	} 78	} 442
Colon i Almindelighed	11	17	—		
Rectum	224	48	—		
Ukendt Säde	—	—	3	—	3
Sum	254	100	90	110	554

[1]) MAYDL: Über den Darmkrebs. Wien 1883.

LEICHTENSTERN,[1]) der har bearbejdet Temaet Tarmokklusion meget udförligt, har samlet 128 af *benigne* Neoplasmer, der mest optrådte som polypöse Svulster, der obturerede, kun själdent forsnävrede ved den af dem fremkaldte kroniske peritonitis. Han samler disse Tilfälde under Navnet Tarmpolyper. Vi medtage disse Tal, fordi de kunne give samme kliniske Billede som Tarmkarcinomet.

Af 128 »*Tarmpolyper*» forekom
75 i rectum (Tallet er for lille. L.),
10 » colons forskellige Partier,
4 » coecum,
2 » Ileo-coekalklappen,
30 » nederste Del af ileum (mest Invaginationer),
5 » jejunum,
2 » duodenum.

For *Kancers* Vedkommende meddeler LEICHTENSTERN fölgende Tal:

I Årene 1858—1870 döde i k. k. allg. Krankenhaus i Wien 34523; heraf 1874, d. e. 5,4 % af Kancer i Almindelighed.

Af 4567 Patienter med Kancer havde 143 Rektal-, 35 diverse andre Former af Tarmkancer.

L. har samlet 154 Tilfälde af Tarmkancer (rectum derfra undtaget). Sädet var:

flexura sigmoidea	42
colon descendens	11
colon transversum	30
colon ascendens	6
coecum	20
proc. vermiformis	3
valv. ileo-coecalis	9
Tyndtarm	33 (duodenum og jejunum 17, midterste Del af ileum 3, nederste Del af ileum 13).

Til disse 154 Tilfälde af Tarmkancer (rectum exklusive) svare 616 Rektalkarcinomer.

Disse Tal vise atter den overvejende Hyppighed af Kancer i rectum; man undrer sig over det hyppige Säde i Tyndtarmen.

---

[1]) v. Ziemssens Handbuch der spec. Path. u. Therapie 1876, Bd VII. 2, S. 522.

Procentvis beregner LEICHTENSTERN Sädet af Tarmkancer overhovedet således: rectum 80 %, colon 11,5 %, coecum 4,1 %, Tyndtarm 4,3 %.

R. WILLIAMS[1]) analyserer det meget store Antal af 10100 Tilfälde af Nydannelser, mest med Hensyn til Spörgsmålet, om Mänd eller Kvinder angribes oftest. Af denne Statistik meddele vi, at han har samlet 5556 Tilfälde af Kancer i Almindelighed; heraf var

257 Tilfälde af Kancer i rectum,
49 » » » » Tarmen (rectum exklusive).

De 49 Tilfälde af Tarmkancer vare således fordelte:

flexura sigmoidea	13
colon	14
duodenum	4
ileum	1
valv. ileo-coecalis	1
ukendt Säde	16

HOLSTI[2]) har samlet 3775 Sektioner i Finland for Årene 1858—1888.

Ved 3775 Sektioner fandtes Kancer i Almindelighed i 282 Tilfälde, d. e. 7,4 %.

For *Digestionskanalens Vedkommende* optrådte Kancer i 5 Tilfälde i œsophagus, 148 i Ventriklen, 7 i Tarmen (rectum exklusive), 7 i rectum.

De 7 Tilfälde af Tarmkancer (rectum exklusive) fordele sig således: duodenum 1, ileums nederste Del 1, »Coekalkancer» 3, colon descendens 2.

ASHHURST[3]) har i sin Afhandling om intestinal Obstruktion forskellige Statistiker, af hvilke vi her meddele én angå-

---

[1]) R. WILLIAMS: Sex and Tumour Formation. The Lancet 1884, 24 Maj, S. 934.

[2]) HOLSTI: Bidrag till kännedomen af förekomsten af kräfta i Finland. Finska läkaresällskapets handl., bd 31, s. 929. Cit. i Nord. med. arkiv 1891, bd 23, n:r 6, s. 7.

[3]) J. ASHHURST: Intestinal Obstruction. The international encyclop. of surgery 1886, Vol. VI, S. 52.

ende »*Strikturer*» i Tarmen; de kunne jo fordre samme Behandling som Kancer, selv om de ere benigne.

Af 26 Strikturer i Tyndtarmen vare

10	forårsagede af	ulcera,
2	» »	trauma,
4	» »	hernia incarcerata,
10	» »	Karcinom.

Af 8 Strikturer af valv. ileo-coecalis vare 3 benigne, 5 maligne.

Af 44 Strikturer i colon vare 13 benigne, 28 kankröse, 3 af ukendt Grund.

Ved 98 »Strikturer» i Tyktarmen (rectum undtaget) var Sädet

flexura sigmoidea	i	58	Tilfälde,
colon descendens	»	11	»
flexura lienalis	»	7	»
colon transversum	»	7	»
flexura hepatica	»	9	»
colon ascendens	»	2	»
coecum	»	4	»

altså atter den stärke Overvägt af flexura sigmoidea.

Vi forbigå nogle mindre Statistiker af KÖHLER [1]) (34 Tilfälde) og H. LEBERT [2]) (24 Tilfälde), ligesom også de Statistiker, der ere samlede af de Forfattere, som have opereret for Tarmkancer, i det vor egen Statistik i Afhandlingen ovenfor er betydeligt större og har de samme Tilfälde i sig. Derimod hidsätte vi Statistiker, der belyse Spörgsmålene om Laparotomi, Resektion, Kolostomi o. s. v., atter her mindende om, at mange Tilfälde gå igen i de forskellige Statistiker.

Laparotomi.

ASHHURST [3]) har en Tabel over *346 Laparotomier for intestinal Obstruktion.*

Af disse 346 Laparotomier udförtes 37 for tumores, Strikturer, ulcera o. s. v. Af disse 37 döde 25, helbrededes 10; Resultatet ukendt hos 2.

---

[1]) KÖHLER: Die Krebs- und Scheinkrebskrankheiten des Menschen. Stuttgart 1853, S. 329.

[2]) H. LEBERT: Traité pratique des maladies cancéreuses. Paris 1851, S. 570.

[3]) Anf. St.

SCHRAMM [1]) har samlet 38 *Laparotomier* for Obstruktion af Tarmen ved Nydannelser. Af disse vare 34 Degeneration af Tarmväggen, 4 Svulster, der komprimerede Tarmen udvendigt fra. Af de 38 döde 22, levede 16.

I *24 Tilfälde* gjordes Forsög på *radikal* Kur ved at fjärne Årsagen, nemlig:

21 Resektioner af cancer intestini; 9 leve, 12 döde.
1 Ovariekyste
1 Lever?kyste } leve alle 3.
1 retroverteret uterus

I *14 Tilfälde* gjordes kun *palliativ* Kur, nemlig:

2 Tilfälde af Tyktarmskancer; *Prövelaparotomi.* Bägge dö.
10 » : der anlägges *anus præternaturalis;* 3 leve, 7 dö.
1 » : der lösnes Sammenvoxninger med en Uterinsvulst. Lever.
1 » : der er fæces i peritonæum; det henfaldende Karcinom findes först ved Sektionen.

Af de 14 radikalt opererede leve altså kun 4; 10 dö.

Tarmresektion med eller uden Sutur for forskellige Lidelser: [2])

ASHHURST har samlet 186 Tilfälde; deraf 93 helbredede, 86 döde = 48 %, 7 ukendt Resultat;
MAKINS har samlet 94 Tilfälde; 44 döde = 46,8 %;
REICHEL » » 121 » 58 döde = 47,9 %.

For *Kancer* har ASHHURST 52 % döde,
MAKINS 52,7 % »
REICHEL 51,8 % »

Disse Tal stemme påfaldende godt overens, skönt Udgangspunktet for deres Störrelse varierer.

I. S. M'ARDLE [3]) har samlet

212 Resektioner af Tarm (partielle og komplette). Af disse udförtes

76	»	»	»	for gangränöse Hernier;	heraf	döde	41	
13	»	»	»	» Intussusception	»	»	10	
19	»	»	»	» Kancer	»	»	11	
7	»	»	»	» benign Striktur	»	»	3	
49	»	»	»	» anus præternaturalis	»	»	19	(2 beholdt Fistel).

[1]) SCHRAMM: Die Laparotomie bei innerem Darmverschluss. Langenbecks Arkiv 1884, Bd 30.

[2]) ASHHURST: Enterectomy and Colectomy, a. St., S. 89.

[3]) I. S. M'ARDLE: Enterectomy and Enteroraphy. Dublin journ. of med. science 1888, Vol. 85, S. 1 og 123.

Kolostomi.

ASHHURST [1]) har en Tabel over *351 Tilfälde af Kolostomi.* Den blev udfört for:

	Tilf.	Resultat ukendt.	Lever.	Död.	
Kancer	154	1	104	49	(32 % Mortal. af gennemförte Tilf.)
Tarmfistel	20	0	18	2	(10 % » » » »)
Anus imperforatus.	52	1	24	27	(52,9 % » » » »)
»Obstruktion»	40	2	19	19	(50 % » » » »)
Ulceration	4	0	3	1	(25 % » » » »)
Striktur	72	0	41	31	(43,1 % » » » »)
Forskellige Lidelser	9	0	5	4	(44,4 % » » » »)

v. ERKELENS [2]) har samlet *262 Tilfälde af Kolostomi;* den blev udfört for:

Karcinom	i	110	Tilfälde.
Striktur	»	49	»
Atresier	»	44	»
Obstruktion	»	43	»
Fistler	»	16	»

I *152* af disse 262 Tilf. overlevede Pat. Operationen i 21 Dage = *gunstigt Forlöb* = 58,4 %.
» *108* » » » » » » *ikke* Operat. » » = *ugunstigt Forlöb* = 41,2 %.
» *2* » » » » er *Resultatet ukendt.*

Den *extraperitonäale* Kolostomi (AMUSSAT) blev udfört i 165 Tilfälde {gunst. Forlöb 101 = 63 %; ugunst. » 63 = 38,4 %; ukendt » 1}

Den *intraperitonäale* Kolostomi (LITTRÉ) blev udfört i 84 Tilfälde {gunst. » 44 = 52,4 %; ugunst. » 39 = 46,4 %; ukendt » 1}

Metoden var ukendt i 13 Tilfälde; deraf leve 7, döde 6.

Särligt omtale vi de

110 Tilfälde af Karcinom.

Karcinomets Säde var rectum i 75, flex. sigmoidea i 10, Overgangsstedet imellem rectum og flex. sigmoidea i 5, andre Steder i 11 Tilfälde.

---

[1]) Anf. St.

[2]) v. ERKELENS: Über Colotomie (mit Erwähnung von 262 Fällen). Langenbecks Archiv 1879, Bd 36, S. 41.

Extraperitonäal Kolostomi....	83 Tilfälde,	gunstigt	Forlöb 51,	ugunstigt	Forlöb	32.
Intraperitonäal »	23 »	»	» 14	»	»	9.
Ukendt Metode..................	4 »	»	» 3	»	»	1.
	110		68			42.

TREVES [1]) har benyttet 86 af PEYROTS Tabel (se Afhandlingen ovenfor) og selv föjet 23 til; han råder derved over 109 Tilfälde af Enterotomi. Vi meddele disse Tal, fordi han har delt dem i 2 Grupper: Operation ved Kancer og Operation ved benigne Lidelser.

Enterotomi [2]) for ikke maligne Former af Obstruktion.

61 Tilfälde: 41 döde, 20 angives helbredede.

Af de letalt forlöbne döde	24 i	Forlöbet af	2	Dage	efter	Operat.
	7 »	»	2—5	»	»	»
	6 »	»	6—10	»	»	»

4 Patienter overlevede Operationen henholdsvis 11 Dage, 15 Dage, 22 Dage og 2 Måneder.

Enterotomi ved malign Striktur.

48 Tilfälde: 42 dö, 6 angives helbredede.

Af de letalt forlöbne döde	28 i	Forlöbet af	2	Dage	efter	Operat.
	6 »	»	2—5	»	»	»
	1 »	»	6—10	»	»	»

7 Patienter overlevede Operationen henholdsvis 12 Dage, 28 Dage, 2 Måneder, 4 Måneder, 6 Måneder (2 Tilfälde) og 7 Måneder.

E. HAUSSMANN [3]) har samlet 289 Tilf. af cancer intestinalis (rectum ikke medregnet); på 3—4 Undtagelser när, hvor Diagnosen var utvivlsom, er der foretaget »examen nécroscopique» ved alle Tilfäldene; herved vinde Tilfäldene jo i Värdi.

---

[1]) F. TREVES: Intestinal Obstruction. London 1890, S. 470.

[2]) NÉLATONS Operation; altså intraperitonäal.

[3]) Contribution à l'histoire du cancer de l'intestin, étiologie et anatomie pathologique. Paris 1882.

Alder af Patienter ved 217 Tilfälde (Side 24):

Fra 1—9 År	5	Tilf.
10—19 »	4	»
20—29 »	24	»
30—39 »	38	»
40—49 »	46	»
50—59 »	51	»
60—69 »	31	»
70—79 »	16	»
80—83 »	2	»

Säde af Kancer for 268 Tilfälde (Side 31):

Jejunum	4	Tilf.
Ileum	21	»
Coecum	48	»
Colon ascendens	22	»
Flexura hepatica	8	»
Colon transversum	26	»
Flexura lienalis	10	»
Colon descendens	29	»
Flexura iliaca	100	»

Formen af Kancer for 188 Tilfälde (Side 55):

Spredte Knuder i 5 Tilf.
Cancer lateralis i 13 »
Cancer circularis (annularis) i 170 Tilf.

Ringformen angives af H. at väre langt hyppigere, end de anförte Tal lade formode.

I 161 af 194 Tilfälde var Kancer, der udelukkende havde Säde i Tarmens Väg, en mere eller mindre regelmässig *Cylinder;* dennes Längde var i 3 Tilfälde henved 30 Cm., i Reglen 4 til 5 Cm., i färre Tilfälde 3, 2, selv kun 1 Cm.

Kancers Volumen varierede fra en Nöds til en Störrelse som den af 2 knyttede Händer.

Forsnävring af Tarmens Lysning er Regel ved den annulära Form af Kancer; denne Form fandtes 160 Gange ved Sektion i de 174 Tilfälde, hvor der havde väret Symptomer på Striktur.

I 14 Tilfälde var der ingen Forsnävring, ja, *i de 13 endog* en mere eller mindre udtalt *Dilatation*, skönt det var en ringformet Kancer.

Komplikation af Kancer med, at *den däkkende Hud var angreben* (med eller uden Dannelse af anus artificialis), fandtes i 7 Tilfälde.

Glandlernes Tilstand ved cancer intestinalis er omtalt i 57 Tilfälde.

I 36 af disse 57 Tilfälde omtales de som mere eller mindre svulne eller degenererede.

I 16 » » » » vare de sikkert ikke angrebne, lige så lidt som de andre Organer. (14 af disse 16 Tilfälde ere undersögte ved Sektion, 2 ved Laparotomi.)

I 2 » » » » vare Glandlerne normale, men der var cancer hepatis.

Föjes til disse Tal nogle andre, hvor det synes tilladt at udelukke Generalisation, bliver Resultatet, at

af 112 Tilfälde viste 36 Svulst eller Degeneration af Lymfeglandlerne,

35 ingen Tegn på Generalisation, uden at Glandlernes Tilstand er omtalt,

20 absolut ingen Tegn på Generalisation (hverken i Glandlerne eller i Organerne).

Er der Metastaser, da er Leveren oftest angreben (22 Tilf.), dernäst peritonæum (18 Tilf.), endelig i meget få Tilfälde Ovarierne, Nyren, Milten, Lungen, pleura.

Literatur.

Excision ved Tarmresektion, Sutur og Reposition af Tarmen (ideal Kur) 30 Tilfälde. [1]

1. [2]) REYBARD. Mémoire sur une tumeur cancéreuse affectant l'S iliaque du colon; ablation de la tumeur et de l'intestin; réunion directe et immédiate des deux bouts de cet organe. Guérison. Udfört 1833. Meddelt i Académie de médecine 1843. På ny trykt i Bull. et mémoires de la Société de chir. Nouv. série T. VI. 1880, S. 635. Cit. efter MADELUNG.
2. THIERSCH, 1875. Verhandl. der D. Gesellsch. f. Chir. 1878. VII, S. 127. Cit. efter MADELUNG.
3. GUSSENBAUER, 1877. v. LANGENBECKS Archiv, Bd 23, 1879, S. 233.
4. BAUM, 1879. Centralblatt f. Chir. 1879, Nr 11.
5. KRAUSSOLD, 1879. Slg. klin. Vorträge, Nr 191. Udgivet $^9/_2$ 1881, S. 1724.
6. KRAUSSOLD, 1879. S. St., S. 1725.
7. GUYON, 1879. I PEYROT de l'intervention chir. dans l'obstruction intestinale. Paris 1880, S. 184.
8. CZERNY, 1880. Berliner klin. Wochenschr. 1880, Nr 45, S. 639. Cit. efter MADELUNG.
9. FISCHER, 1881. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1884, XIX, S. 231.
10. PITTS? British med. journal 1889, 2 Marts, S. 473.
11. KENDAL FRANKS, 1888. S. St., S. 473.
12. SCHEDE, 1883. Beilage til Centralbl. f. Chir. 1884, S. 66.
13. MAYDL, 1882. Über den Darmkrebs. Wien 1883, S. 113.
14. TREVES, 1882. The Lancet 1882, II, S. 1031.
15. THIERSCH, 1882. Hos BEYER: Ein Fall von Krebs des Wurmfortsatzes. Berliner klin. Wochenschr. 1882, Nr 41. Cit. efter VIRCHOW-HIRSCHS Jahresber. f. 1882, S. 385.
16. MIKULICZ, 1882. Hos SCHRAMM: Die Laparotomie o. s. v. LANGENBECKS Arch., XXX, 1884, S. 691.
17. SYDNEY JONES, 1884. The Lancet 1885, I, S. 60.
18. NICOLAYSEN, 1885. Norsk Magaz. f. Lägevid., R. 4, Bd 1, S. 1 og *Brev fra Forf.* $^{12}/_7$ 1891.
19. KÖNIG, 1882. LANGENBECKS Arch., Bd XL 1890, S. 919.
20. » 1886. S. St., S. 911.
21. » 1890. S. St., S. 922.
22. BERGMANN, 1884. Hos MICHELS: Zur Casuistik der Darmresektion o. s. v. Berlin 1885, S. 19.

---

[1]) Nr 13 = kun partiel Sutur.

[2]) Numrene svare til de i Afhandlingen anförte Numre.

23. BERGMANN, 1885. S. St., S. 23.
24. BILLROTH, 1881. Hos HAUER: Darmresektion und Enteroraphie i Prager Zeitschr. f. Heilkunde 1884, V, S. 101.
25. BILLROTH, 1883. S. St., S. 102.
26. » 1884. S. St., S. 107 (i Nachtrag).
[27. Se Nr 45 under näste Rubrik.]
28. CZERNY, 1883. Hos HEUK i Centralbl. f. Chir. Beil. til Nr 23 1883, og hos MICHELS, a. St., S. 15.
29. AF SCHULTÉN, 1890. Om kräfta i blindtarmen och exstirpation af den samma. Helsingfors 1890, S. 6.
30. SENN, 1889. Two cases of Resection of the coecum for carcinoma etc. The journal of the american med. association 14 Juni 1890. S. St., S. 8.
31. SENN, 1889. S. St., S. 15.

Excision ved Tarmresektion; Dannelse af anus artificialis (16 Tilfälde).

32. MARTINI, 1879. Hos GUSSENBAUER i Zeitschr. f. Heilkunde 1880, I, S. 207.
33. BILLROTH, 1879. Hos HAUER, a. St., S. 103.
34. » 1880. Hos MAYDL: Über den Darmkrebs. Wien 1883, S. 105.
35. BRYANT, 1882. Medico-chir. transactions 1882, S. 131. Cit. efter Centralbl. f. Chir. 1883, S. 852, og VIRCHOW-HIRSCHs Jhrb. f. 1882, S. 386.
36. C. LAMIMAN, 1883. The Lancet 1883, 4de Avgust.
37. PARTSCH, 1883. Centralbl. f. Chir. 1883, Nr 52, S. 833.
38. ROB. F. WEIR, 1886. American med. News. 1886, 13 Februar. Cit. efter VIRCHOW-HIRSCH f. 1886, S. 435.
39. KENDAL FRANKS, 1889. British med. journal 2 Marts 1889, S. 473.
40. PITTS, 1889. S. St., S. 473.
41. MARSHALL, 1882. The Lancet 1882, 6te og 13de Maj.
42. KÖNIG, 1882. LANGENBECKs Arch. 1890, Bd 40, S. 918.
43. VOLKMANN, 1883. Note til en Afhandling af KAMPE i Centralbl. f. Chir. 1883, S. 153.
44. RIEDEL, 1884. Zur operativen Behandl. der Dickdarmkarcinome. Deutsche med. Wochenschr. 1886, S. 252.
45. RIEDEL, 1885. S. St. [Er omtalt under Nr 27 i forrige Rubrik.]
46. WHITEHEAD, 1885. British med. journal 1885, 24 Januar.
47. KÖNIG, 1885. LANGENBECKs Arch., Bd 40, 1890.

Forsög på radikal Kur må opgives; der anlägges anus artificialis (3 Tilfälde).

48. SCHEDE för 1878. Cit. af MADELUNG.
49. GUSSENBAUER, 1880. Hos MAYDL, a. St., S. 75.
50. SONNENBURG, 1885. Berliner klin. Wochenschr. 1885, Nr 30. Cit. efter VIRCHOW-HIRSCHs Jahrber. f. 1885, S. 406.

Explorativ Laparotomi; ingen Operation på Tarmen (4 Tilfälde.)

51. KÖNIG, 1889. LANGENBECKs Arch. 1890, Bd 40.
52. » 1889. S. St.
53. » 1889. S. St.
54. RIEDEL? S. St.

Der anlägges anus artificialis.[1] **(Palliativ Kur.) (90 Tilfälde.)**

55. PILLORE, 1853? Cit. af TÜNGEL: über künstliche Afterbildung. Hamburg 1853.
56. MONOD, 1838. Arch. géneralés de méd. 1838, Série III, Vol. 2.
57. THIERRY? i OPPENHEIMs Zeitschr., Bd 22, S. 551.
58. TEALE? Cit. i OPPENHEIMs Zeitschr., Bd 22, S. 533.
59. FIELD, 1847. Med.-chir. transactions, Vol. 33, S. 43.
60. LUKE? Gaz. méd. 1848, S. 235.
61. BUSH, 1847. Dublin med. Press 1847, Vol. 23, S. 230.
62. HAWKINS? Med. chir. transact., Vol. 35, S. 85.
63. DURHAM, 1864. The Lancet 1864, II, S. 57.
64. ALLINGHAM, 1870. St. Thomas hosp. report 1870, I, Nr 5, S. 285.
65. VERNEUIL, 1875. RICHARD Thèse de Paris 1875, Nr 49.
66. DUFFIN? Transact. of the pathol. society, Vol. XIX, S. 197.
67. HEATH, 1872. British med. journal 1872, November.
68. CARTHY, 1875. Med.-chir. transact. 1875, Vol. 55.
69. SANDS, 1874. Stated meeting 1874, 22 April New-York med. journal, Tom 19, S. 622.

---

[1] Nr 55—91 ere fra MAYDLS Statistik i Ueber den Darmkrebs, S. 72 e. s.; dog har jeg af hans 43 Tilfälde udelukket 6 (TEALE, S. 75; LUKE og NÉLATON, S. 78; VIDAL, S. 80; TEALE, S. 80; BAUM, S. 81). De danske Tilfälde har jeg selv efterset.
» 92—105 har jeg selv samlet på de angivne Steder.
» 106—142 ere fra PEYROTS Statistik i L'intervention chir. dans l'obstruction intestinale, S. 112 og 118 (med Udelukkelse af de Tilfälde, der ikke vedkommer vort Tema).
Listen kan näppe göre Fordring på at väre komplet, og for dens Pålidelighed indestås ikke.

70. TAYLOR, 1877. The Lancet 1877, II, September.
71. HOLMER, 1873. Om Laparotomi eller Enterotomi i Tilfälde af ileus. Nord. med. Arkiv 1874, Bd VI, Nr 29.
72. E. KÜSTER, 1877. Fünf Jahre im Augusta Hospital.
73. HOLMER, 1873. A. St.
74. MAUNDER, 1876. Med. Times and Gaz. 1 Marts 1876.
75. KEBBEL, 1877. The Lancet 1877, I, S. 569.
76. BARWELL, 1879. The Lancet 1879, I, S. 337.
77. DUPLAY, 1880. Gaz. des hôpitaux 1880, S. 2.
78. PRIDGIN TEALE, 1879. Brit. med. journal 1879, 11 Jan. og 27 September.
79. WALDENSTRÖM, 1879. Upsala läkareförenings förhandl. 1879, XIV, 7 och 8, S. 506.
80. TÖRNBLOM og BLIX, 1871. Hygiea 1871, S. 94.
81. STUDSGAARD, 1880. Hosp.-Tidende 1880, S. 473. (6te Tilf. af de omtalte Kolotomier.)
82. N. MOORE, 1882. The Lancet 1882, II, S. 1034.
83. MAUNDER, 1877. Med. Times and gaz. 1877, 3 Febr., S. 114.
84. » 1877. S. St.
85. AVERY? Med.-chir. transact., Vol. 35, S. 95.
86. HARDY? Hos ROBERT: Thèse de Paris 1880, Nr 309.
87. DOLBEAU? Clinique chirurgicale.
88. VERNEUIL, 1870? I CHARPENTIER: Thèse de Paris 1870.
89. PÉRIER, 1879. I ROBERT: Thèse de Paris 1880.
90. LEFEUVRE, 1867. Bull. de la société anatom. Année 1867.
91. VERNEUIL, 1870. I CHARPENTIER: Thèse de Paris 1870, S. 170.
92. BOULEY og MARCIGUEY, 1881. Le Progrès méd. 1881, S. 582.
93. B. MAY, 1882. Brit. med. journ. 1882, 24 Juni. Citeret i VIRCHOW-HIRSCHs Jahrbr. f. 1882, S. 386.
94. HOMANNS, 1884. Boston med. a. surg. journ. 14 Febr. 1884. Cit. s. St. f. 1884, S. 425.
95. HOMANNS, 1884. S. St. Cit. s. St.
96. PERCIVAL, 1884. The Lancet 1884, 7 Juni.
97. KÖNIG, 1884. LANGENBECKs Arch. 1890, Bd 40.
98. » 1886. S. St.
99. » 1889. S. St.
100. RIEDEL? Deutsche med. Wochenschr. 1886, S. 252.
101. » ? S. St.
102. » ? S. St.
103. FENWICK, 1885. The Lancet 1885, I, S. 1.
104. STAFFEL, 1889. VOLKMANNs Slg. klin. Vortr. 1889, Nr 342, S. 3283.
105. H. MORRIS, 1876. Congrès périodique internat. 8e session. Tom. II, S. 31.
106. ADAMS, 1862. Med. Times a. gaz., T. I, S. 374.
107. HAMILTON, 1864. S. St., T. I, S. 88.
108. LAUGIER, 1867. Bull. soc. anat. 1867, T. 42, S. 93.
109. MATTHÆI, 1867. Deutsche Klinik 1867, S. 67.
110. DOLBEAU, 1870. I CHARPENTIERs Thèse de Paris 1870, S. 103.

111. VERNEUIL? Hos PETIT: Bull. gén. thérap., 15 Okt. 1878.
112. PÉAN, 1880? Diagnostic des tumeurs de l'abdomen et du bassin.
113. MAISONNEUVE, 1864. Soc. anat. 1864, S. 509.
114. LICHE og GIBSON, 1856. Med. Times and gaz. 1856, T. II, S. 620.
115. WAHL, 1867. Petersburg medic. Zeitung 1867, T. XII, S. 306.
116. DENONVILLIERS, 1870. I CHARPENTIERs Thèse de Paris 1870, S. 107.
117. LEIJER, 1872. Hygiea 1872, T. V, S. 138.
118. LEDENTU, 1873. Bull. soc. anat. 1873, S. 613.
119. BUSCH, 1876? Cit. af ERKELENS, Bonn 1876, S. 19.
120. VERNEUIL. 1875. I RICHARDs Thèse de Paris 1875, S. 49.
121. MACLEOD, 1879. Glasgow med. journ. 1879, S. 232.
122. KEYSER? Cit. af CONRADI, Norsk Magaz., R. 3, Bd 17.
123. VERNEUIL. Hos PETIT, a. St.
124. DEMARQUAY, 1870? I CHARPENTIERs Thèse 1870, S. 105.
125. ADAMS, 1857. Med. Times and gaz. 1857, T. II, S. 659.
126. AMUSSAT, 1841. 2e Mémoire 7 Sept. 1841, S. 24.
127. CLARKSON, 1847. Med.-chir. transact., Tom. 33, S. 37.
128. ANDERSON, 1859. Gaz. méd. 1859, S. 140.
129. CURLING, 1865. Transact. of pathol. society, Tom 16, S. 120.
130. THOMPSON, 1868. British med. journ., Tom. II, S. 444.
131. SAVORY, 1871. The Lancet 1871, Tom. I.
132. ? St. Bartholomews hosp. reports 1873, Tom. 9, S. 66.
133. SOLLY, 1873. St. Thomas hosp. reports 1873, S. 209.
134. ? St. Bartholomews reports 1874, Tom. 10, S. 71.
135. TEALE, 1875. The Lancet 1875, I, S. 369.
136. ? St. Thomas hosp. reports 1876, Tom. 8, S. 541.
137. HEATH, 1877. British med. journ. 1877, II, S. 752.
138. AMUSSAT, 1841. Gaz. méd. de Paris 1841, 8. 588.
139. BORLASE CHILD, 1858. Transact. of pathol. society 1858, Tom. 9, S. 214.
140. DURHAM, 1869. Guy's hosp. reports 1869, Tom. 14, S. 310.
141. STRETCH DOWSE, 1873. Transact. of path. society, T. 24, S. 97.
142. EVANS, 1845. Med.-chir. transact., Tom. 28.

De 3 Observationer af Forf. se Afhandlingen; deraf 2 Resektion, 1 Kolostomi.

Monografier og större Afhandlinger i Tidsskrifter. [1])

ASHHURST: Intestinal Obstruction. The internat. encyclop. of surgery, Vol. VI, 1886.

DUPAU: De l'intervention chirurgicale dans le cancer de tube digestif sauf le rectum. Thèse. Paris 1883.

[1]) I disse findes Literaturangivelser om andre Arbejder, der ikke ere benyttede ved Udarbejdelsen af denne Afhandling. Sammenlign desuden Literaturangivelserne ved de ovenfor refererede Tilfälde.

v. ERKELENS: Über Colotomi, v. LANGENBECKs Arch. 1879, Bd 23, S. 41.
HAUER: Darmresection und Enteroraphi. Prager Zeitschr. f. Heilkunde, Bd V, 1884.
HAUSSMANN: Contribution à l'histoire du cancer de l'intestin. Paris 1882.
HOLSTI: Bidrag till kännedom om kräfta i Finland. Finska läkaresällskapets handl., bd 31.
KÖHLER: Die Krebs- und Scheinkrebs-Krankheiten. Stuttgart 1853.
KÖNIG: Die Operationen am Darm bei Geschwülsten etc. v. LANGENBECKs Arch. 1890, Bd 40, S. 905.
LEBERT: Traité pratique des maladies cancéreuses. Paris 1851.
LEICHTENSTERN: Darmverschliessungen und Verengerungen. v. ZIEMSENs Handbuch der speciellen Path. und Therapie 1876, Bd VII, 2.
LEUBE: Die Krankheiten des Darms. S. St.
I. S. M'ARDLE: Enterectomy and Enteroraphy. Dublin journal of med. science 1888, Vol. 85, S. 1 og 123.
MAYDL: Über den Darmkrebs. Wien 1883.
MICHELS: Zur Casuistik der Darmresection wegen maligner Tumoren. Inaug. Diss. Berlin 1885.
PEYROT: De l'intervention chirurgicale dans l'obstruction intestinale. Paris 1880.
REICHEL: Casuistische Beiträge zur circulären Darmresection und Darmnaht. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie 1884, Bd 19, S. 230.
RIEDEL: Zur operativen Behandl. der Dickdarmcarcinome. Deutsche med. Wochenschr. 1886, Nr 15, S. 252.
SCHRAMM: Die Laparotomie bei innerem Darmverschluss. v. LANGENBECKs Arch. 1884, Bd 30.
AF SCHULTÉN: Om kräfta i blindtarmen. Helsingfors 1890.
TREVES: Intestinal obstruction. London 1890.
R. WILLIAMS: Sex and Tumour Formation. An analysis of 10000 cases. The Lancet 1884, I, S. 934.

Nogle Tilfälde, der findes opförte hos forskellige af de Forfattere, der have behandlet samme Spörgsmål, har jeg af forskellige Grunde ikke medtaget. Disse Tilfälde ere:

KŒBERLE's bekendte Resektion af over 2 Meter Tyndtarm for benigne Strikturer. De findes i Gaz. hebdom. de médecine et de chir. 1881, Nr 4 og 5.

KÖNIG: En tuberkulös skrumpende Striktur hos en 24 Års Mand; meddelt i hans ovenfor citerede Afhandling.

BILLROTH: En cikatriciel Striktur efter Dysenteri i nederste Del af flex. sigmoidea; omtalt i HAUERs ovenfor citerede Arbejde.

CRÉDÉ: En Kileresektion af karcinomatös Tarm til mikroskopisk Undersögelse; meddelt til og af MADELUNG, a. St.

M'ARDLE: Forskellige Fistler i Egnen af valv. ileo-coecalis; meddelte a. St.

Efterskrift.

Den Patient, Jens S., der har dannet Grundlaget for den ovenfor meddelte Betragtning af cancer intestinalis og på hvem der foretoges extra-abdominal Resektion af cancer flexuræ sigmoideæ d. 8de Februar 1891, er *död* af cancer hepatis d. 19de December 1891, *altså 11½ Måneder efter Resektionen.* Foruden en enorm cancer af hepar (denne vejede 14¾ Pund) fandtes cancer i de retroperitonäale Glandler foran columna helt op til diaphragma, men i övrigt ingen Metastaser af cancer; der var en ikke betydelig ascites, reproduceret efter en udtömmende Punktur, samt stärkt Ödem af Underextremiteterne.

I de 3 sidste Måneder af hans Liv er Patienten observeret af Forf., og der har i denne Tid stedse väret normal Åbning. Hvad der interesserer mest er Tilstanden af Tarmen på Resektionsstedet.

Resektionen af det kankröst angrebne Parti blev som nävnt foretaget d. 8de Februar 1891; den herved dannede anus præternaturalis observeredes til d. 31te Maj 1891, da der foretoges cirkulär Resektion, Sutur, Reposition af Tarmen og Lukning af Bugsåret. Tarmens Tilstand ved Sektionen d. 20de December 1891, ***altså 6¾ Måneder efter*** *Operationen for anus præternaturalis* var fölgende:

Den med stor Forsigtighed fjärnede Tarm opklippes på den konvexe Side og, efter at de konsistente pölseformede fæces (af 4—5 Cm:s Diameter) ere fjärnede, undersöges Suturstedet. I Begyndelsen tror man ikke at kunne se dette; der findes i Virkeligheden også spejlende glat Epitel på Slimhinden, sträkkende sig kontinuerligt henover Suturlinien; denne kan kun skimtes som en ganske fin Linie — og det kun i en Udsträkning af et Par Centimetre — på det Sted, hvor Suturerne have väret anlagte, og denne Linie er også däkket af skinnende Epitel; Slimhinden danner ikke en Gang en Fordybning på Suturernes Sted. Den, som ikke ved, hvad der er foretaget af Operation, vilde således slet ikke tänke på, at der var suturereret; man kan i Virkeligheden kun bedömme Operationsstedets Leje af den Omständighed, at der på det Sted af Tarmens konvexe Side, hvor Opklipningen ved Sektionen er

foretaget, findes en lille fremstående Duplikatur, svarende til den ved Anläggelsen af de Lembertske Suturer dannede Fold af Tarmens serosa. Lige på dette Sted, der altså svarer til selve Resektionsstedet, er den opklippede Tarms transverselle Diameter 7 Cm.; 4 Cm. *ovenfor* dette Sted er Diameteren 10, og 4 Cm. *nedenfor* Resektionsstedet er Diameteren 7½ Cm.; der er altså så godt som ingen Forsnävring på Resektionsstedet, hvad också Störrelsen af fæces i Patientens levende Live lod formode. Lägger man de 2 omtalte Duplikaturer af serosa sammen, kan man med Lethed före en Tommelfinger gennem Lysningen. Der findes ingen Kancermasse mere superficielt end Tarmen, ud imod Huden. Der findes derimod, svarende til Resektionsstedet, hen imod det Sted, hvor der ved Operationen fandtes Adhärencer til Omentet, en nödstor, ret fast Infiltration; ved Gennemskäring viser denne sig imod Forväntning ikke at väre cancer, men derimod fortykkede vasa, der indeholde affarvede, ret faste Fibrinkoagler og ere omgivne af fibröst indureret Väv.



Stockholm, 1892. Kungl. Boktryckeriet.

OSCAR BLOCH: **Résumé du »traitement extra-abdominal du Cancer intestinal» (à l'exception du rectum), avec un exposé des opérations faites pour cette maladie et de leurs résultats.** (Communications de l'Hôpital royal de Frédéric, Service C, chirurgien en chef: le Dr OSCAR BLOCH.)

Le Cancer intestinal est bien loin d'être une affection rare, même lorsque, comme c'est le cas dans le présent mémoire, on fait abstraction du cancer du rectum. Après avoir établi que des opérations pouvant amener la mort doivent être considérées comme justifiées dans les cas où une maladie abandonnée à elle-même provoque un état aussi misérable que celui résultant de l'iléus, avec toutes ses complications, l'auteur communique d'abord 2 cas de cancer de l'S du côlon, dont il soulagea l'un par la colostomie, tandis que l'autre malade, traité à l'aide d'une résection de l'intestin, avec suture et réduction de l'intestin dans la même séance, mourut de péritonite 20 heures après l'opération.

Le 3me cas traité par l'auteur d'après une méthode probablement nouvelle, et qui constitue le thème du présent mémoire, est en résumé le suivant:

Un menuisier de 36 ans, Jens S., fut reçu, le 11 novembre 1890, dans le service médical de l'hôpital Frédéric, avec le diagnostic *Ileus*, probablement invagination. Le 15 du même mois, il fut transporté au service chirurgical dont M. BLOCH est le chef, pour y subir la laparotomie. Il est toutefois constaté que l'opération peut être évitée, et l'on réussit à supprimer l'ileus à l'aide de médicaments et de clystères. On diagnostique, dans l'S iliaque, la présence d'une stricture que l'on présume être de nature cancéreuse. Le malade quitte l'hôpital le 6 décembre 1890, avec l'injonction d'y revenir dès qu'il se produirait de nouveaux symptômes d'iléus. Cela eut lieu, et il rentra le 7 janvier 1891.

L'opération fut effectuée 2 jours après, savoir le 9 janvier. L'abdomen fut ouvert par une incision de 8 centimètres de longueur dans la fosse iliaque de gauche. L'S du côlon, dans lequel on sent facilement la partie dure et tuméfiée, est sorti; après ligature et enlèvement d'une adhérence à l'épiploon, on fixe environ 25 cm. de l'intestin, au milieu duquel se trouve la partie cancéreuse, longue d'environ 6 centimètres, à la région abdominale, d'après la méthode de MAYDL pour la colostomie, à l'aide d'une corde de verre passée à travers le mésentère (recouvert de gaze iodoformée), ainsi qu'avec des sutures de catgut, de façon que toute cette partie de l'intestin est visible en dehors, reposant sur la paroi de l'abdomen. La plaie de ce dernier est diminuée par des sutures de catgut. A l'aide d'un thermocautère, l'ouverture de l'intestin est pratiquée transversalement, dans une extension de 4

à 5 centimètres, à quelques centimètres au-dessus du point de la stricture où il est impossible de faire entrer le doigt. On introduit un drain très large dans le tube intestinal afférent.

On pose de la gaze iodoformée autour de la base de la totalité de la partie d'intestin sortie, et l'on panse avec de la gaze stérilisée et de la ouate hydrophobe stérilisée. L'opération entière dure 28 minutes.

Aucun collapsus ne se présenta. Les fèces passaient à travers la colostomie. Pas de péritonite. En un mot, tout se passa tranquillement, et le malade se porte bien. Le 27 janvier, 18 jours après l'opération, il fut constaté que l'adhérence entre la partie sortie et l'anse intestinale était très solide. La grande partie de l'intestin située extra-abdominalement se ratatine fortement, et présente diverses altérations intéressantes, dont on trouve la description dans le mémoire original.

Le 8 février, il est procédé à *la résection de la partie cancéreuse*, et dans la même séance il est établi des sutures (36, de catgut), réunissant les parties saines.

Cette résection et la reconstitution de la continuité du tube intestinal se font sans le moindre danger pour le malade, en ce que ces opérations ont lieu *en dehors de l'abdomen, sans ouverture de la cavité péritonéale.*

Deux jours après l'opération, les flatuosités passent par le rectum et sortent par l'anus naturel. Il est administré de l'opium pour constipation, et le pansement n'est changé pour la première fois que 15 jours après l'opération. Il est constaté que les sutures se sont partiellement rompues, et que la plaie est remplie de matières fécales d'une consistance de gruau.

L'auteur pense que la rupture des sutures a été due à une tension trop considérable, en ce que la portion d'intestin sortie, originairement assez longue pour pouvoir être réunie après la résection, était tellement ratatinée, qu'il n'existait pas une quantité suffisante de parties saines de l'intestin pour une réunion sans tension.

C'était l'intention de l'auteur de fermer l'anus artificiel à l'extérieur de l'abdomen, de rétablir le passage normal des fèces, puis de faire rentrer l'intestin parfaitement fermé dans la cavité péritonéale.

Malgré l'insuccès, M. Bloch fut assez satisfait, par la raison que cette circonstance lui permit d'observer le malade, et de voir *s'il se produirait ou non une récidive in loco. Cette observation fut continuée 114 jours.* On constata des particularités intéressantes dans la formation de petits adénomes, dont un fut examiné au microscope et les autres laissés intacts. Ils disparurent spontanément.

Comme environ 4 mois après la résection, il ne se présenta pas de récidive, et que la fonction des intestins était normale à tous égards, le 31 mai 1891 il fut procédé à l'opération de l'anus artificiel (résection circulaire, suture de catgut, réduction, fermeture de la plaie abdominale). Le 8^{me} jour après cette opération, le malade eut des selles volontaires, d'un aspect très naturel, assez abondantes, en partie bien formées. Depuis cette époque, il n'a pas présenté d'anomalies de défécation par la voie naturelle.

La portion de l'intestin était le siège d'un cancer annulaire, que l'examen microscopique (M. le prosecteur DAHL) découvrit être un carcinome épithélial cylindrique.

La partie de l'intestin éloignée à la résection pour l'anus artificiel, n'était microscopiquement pas le siège d'un cancer (M. le prosecteur DAHL).

Le 10 septembre 1891, le malade fut admis de nouveau dans le service de l'auteur. La défécation était normale. Il avait travaillé et se trouvait peu bien dans les derniers temps. Aucun signe de récidive à l'endroit opéré; il fut par contre découvert un *cancer du foie*. Ce cancer se développa très rapidement, avec complication d'ascite. Le malade est toutefois encore en vie au moment où (30 octobre 1891) est ajouté au mémoire le post-scriptum qui le concerne, c.-à-d. *9 mois après l'opération*, et il se trouve relativement bien, sans se douter de la nature de sa maladie.

Afin de démontrer l'utilité du traitement extra-abdominal du cancer intestinal (le rectum excepté), et d'en faire ressortir les avantages sur le mode de traitement employé jusqu'ici, l'auteur a recueilli tous (?) les cas publiés jusqu'à ce jour relativement aux

Opérations pour le cancer intestinal.

Ces opérations peuvent être divisées en 2 groupes principaux, chacun subdivisable en sous-groupes. L'auteur fait de ces groupes et sous-groupes l'objet d'un examen détaillé, en abordant: [1])

I. Le Traitement radical.

A. Excision avec résection de l'intestin, suture, réduction de l'intestin (»Traitement idéal»).

29 cas: 12 survivent, 17 meurent. De ces 29 cas, 22 sont très »purs», en ceci qu'ils ont été traités par la laparotomie; résection de la partie de l'intestin où se trouvait le néoplasme; suture des bouts des intestins, réduction de l'intestin et fermeture de la plaie abdominale. De ces 22 cas, 10 survivent, 11 meurent.

Chez les 7 cas restants, il a été employé des méthodes auxiliaires pour diminuer le danger de l'opération; on a introduit des drains dans la plaie abdominale, fixé l'intestin à cette plaie, établi un anus artificiel au-dessus de la plaie opératoire, un long espace de temps avant l'opération, et à une certaine distance de son siège, fermé les bouts des intestins reséqués, et pratiqué l'iléo-colostomie. Il n'a toutefois survécu que 2 de ces 7 malades; les autres sont morts de l'opération.

---

[1]) Nature, siège et grandeur de la tumeur, méthode et matériaux de suture employés, fistules, durée de l'opération; récidive, etc. Il n'est donné ici que l'exposé très succinct des principaux résultats.

Des détails concernant *les 12 malades qui ont survécu à l'opération*, l'auteur se contente de mentionner ici, que chez 5 il survint une *fistule* au siège de l'opération, et que seulement 7 (ou 8) des 29 opérations peuvent être considérées comme idéales.

Des 12 sujets qui survécurent à l'opération radicale, non moins de 6 ont présenté des indices certains de *récidive.* Des 6 autres, 3 vivaient encore 4, 6 et 11 mois après l'opération. Chez un, opéré pour carcinome de l'intestin grêle, l'iléus survint 9 mois après l'opération. Ce dernier mourut malgré l'opération faite pour l'iléus. On pouvait à peine voir la ligne de suture à la partie antérieurement opérée de l'intestin, qui ne montrait pas de stricture. L'iléus avait été provoqué par une bride de tissu conjonctif. On n'a pas de renseignements sur 2 malades.

Des détails concernant *les 17 malades qui moururent de l'opération*, il suffira de donner les suivants: Il n'existe pas de différence principale entre les 12 sujets qui survécurent et les 17 qui moururent de l'opération, au point de vue des dimensions et du siège de la tumeur, de la grandeur de la partie resequée, de la méthode de suture employée, des matériaux mis en usage, etc. La seule différence est que l'un meurt et que l'autre survit, sans qu'il soit possible de dire d'avance si l'un ou l'autre de ces résultats est le plus probable. (Il est toutefois fait abstraction ici de cas particuliers dans lesquels bien des chirurgiens n'auraient, à coup sûr, jamais opéré radicalement.)

Les *causes de la mort* sont indiquées avoir été pour les 17:le collapsus ou le shok chez 7; la péritonite chez 4; la septicémie aigüe chez 1; la suppuration rétro-péritonéale chez 2; la rupture de l'intestin chez 1, l'iléus chez 1, la nécrose des extrémités des intestins chez 1. L'analyse des cas permet de tirer la conclusion que 13 des 17 sujets ont eu la péritonite.

La léthalité des essais de cure radicale étant si grande (plus de 50 %), il y a lieu de raisonner ici de la façon suivante: quand on a réussi dans l'excision du néoplasme sans introduire le pus stagnant mêlé de fèces dans la cavité du péritoine, le danger principal pour le malade est désormais la rupture des sutures appelées à réunir les deux bouts de l'intestin, ce qui produit la péritonite. Il est par conséquent préférable de faire passer les fèces par un anus artificiel que l'on y établit. Ce raisonnement s'est imposé en partie de lui-même dans les cas où l'on voulait essayer un traitement idéal radical, mais où l'on ne pouvait pas réunir les deux bouts de l'intestin.

On a procédé dans ces cas de diverses manières:

Excision par résection de l'intestin; suture partielle de l'intestin; anus artificiel partiel.

1 cas; a survécu.

L'anus artificiel est fermé 2 mois après son établissement; une fistule s'est établie et dure 3 mois; récidive 5 mois après la résection.

Cela porte notre statistique à *30 cas, avec 13 cas de survie et 17 de décès après l'opération.*

Ce cas forme la transition à ceux dans lesquels on n'a, à aucune condition, ni voulu ni pu pratiquer des sutures intestinales, et dans les-

quels on a établi un *anus artificiel complet.* Le néoplasme a néanmoins été exstirpé. C'est par conséquent encore un essai de *cure radicale*, mais non »idéale». Le malade devient jusqu'à un certain point invalide.

B. Excision par résection intestinale; formation d'un anus artificiel.

(*Traitement radical, mais non idéal.*)

16 cas: 8 survivants; 8 morts. Dans 10 des cas, l'extrémité périphérique de l'intestin est fermée par des sutures. De ces 10 cas, 4 survivent, 6 meurent.

Dans 6 cas, les deux bouts de l'intestin sont fixés à la plaie abdominale; 4 survivants; 2 morts.

Des 8 cas léthaux, 2 furent dus à un collapsus, 1 à »l'exhaustion», 4 à la péritonite et 1 à la gangrène intestinale; par conséquent 5 cas de péritonite.

Des 8 vivants, 3 ont été indiqués comme morts plus tard de *récidive.* Chez 1, on a commencé le traitement de l'éperon de l'anus artificiel; chez 2, on a l'a fermé 1½ mois après l'opération.

Essai de traitement radical du cancer intestinal. [1])

Cet essai a été, en y comprenant les 2 cas de l'auteur, fait chez un total de *48 malades, dont 22 survécurent à l'opération, tandis que 26 moururent des suites.*

Des 22 qui survécurent à l'opération, 9 eurent plus tard une récidive, et 1 une métastase sans récidive locale.

Si l'on prend en considération que le malade de l'auteur a été opéré d'aussi bonne heure que l'on peut désirer pour le diagnostic de maladies pareilles, on doit considérer comme très mauvaises les chances de guérison radicale du cancer intestinal. C'est ce que chaque chirurgien sait d'avance; un grand nombre préfèrent par conséquent renoncer dès l'abord à cette tentative, et se contentent d'un traitement palliatif. Le fait que l'on a fréquemment hésité, est parfaitement démontré par la circonstance que l'on a pratiqué des laparotomies exploratrices etc., mais que l'on a été forcé d'abandonner ces tentatives. M. Bloch cite, par groupes distincts, ces cas, qui constituent une espèce de formes de transition au traitement purement palliatif.

On essaie le traitement radical (excision par résection intestinale), mais on est forcé d'y renoncer, et l'on établit un anus artificiel.

3 cas: 1 résultat inconnu; 2 morts.

---

[1]) Un groupe spécial de cas où un cancer de l'S du côlon, est prolapsé par l'anus et opéré radicalement, fait l'objet d'une mention à part dans l'annexe.

Il est procédé à une laparotomie exploratrice; on referme la plaie sans avoir touché au néoplasme; comme il n'existe pas de symptômes de rétrécissement, il n'est pas pratiqué d'anus contre nature artificiel.

4 cas; la laparotomie exploratrice ne produit aucun inconvénient. 2 des malades meurent du cancer même.

II. Traitement palliatif.

On abandonne dès l'abord l'idée d'un traitement radical, et l'on procède d'emblée à l'établissement d'un anus artificiel.

90 cas; [1]) 18 survivent; 72 meurent.

Il suffira de citer, des détails des observations, que l'anus artificiel établi a été intra-péritonéal dans 50 cas, et extra-péritonéal dans 40. (Chez les 18 qui survécurent à l'opération, il a été intra-péritonéal dans 11 cas et extra-péritonéal dans 7.) Pour la date de la mort, voir le tableau du texte original, p. 39.

24 sont morts dans les premières 24 heures après l'opération; dans le courant de la première semaine sont morts 52 des 72. Il y a lieu de se rappeler qu'un grand nombre des malades sont excessivement faibles quand ils arrivent à l'opération, et qu'une narcose avec les vômissements qui la suivent suffira peut-être à les tuer. *Les causes léthales* sont par conséquent assez difficiles à classer. Dans 38 cas, le collapsus paraît avoir amené la mort chez 7, la péritonite chez 13, la pneumonie chez 3, et la perforation de l'intestin chez 4.

Chez 2, la colostomie fut pratiquée au-dessous de la stricture au lieu de l'être au-dessus.

Résultat principal.

Le résultat principal est que 145 malades de cancer intestinal (le rectum non compris) ont été traités par opération. 100 de ces 145 sujets n'ont pas survécu à l'essai.

48	des 145 sujets ont subi le traitement radical;	morts	26.
93	» » » » » » » palliatif; [2])...	»	74.
4	» » » » » la laparotomie exploratrice;	»	—
Total 145		Total des morts	100.

Des 22 qui survécurent au traitement radical, 1 (cas de l'auteur, décrit en détail) souffrait de métastase du foie, et 9 eurent une récidive. Ces 10 étant selon toute sûreté morts plus tard du cancer, et les 19 [3])

---

[1]) Le cas de l'auteur y compris.
[2]) Établissement d'anus artificiel.
[3]) Dans ce chiffre, le sujet avec »résultat inconnu» est compris comme ayant survécu à l'opération.

soumis au traitement palliatif étant avec une égale sûreté morts aussi plus tard de leur cancer, de même que les 4 qui subirent la laparotomie exploratrice, le *résultat final est que de 145 malades avec cancer intestinal (le rectum non compris), 12 ont présenté des résultats favorables de l'opération, quoiqu'il y ait toutefois lieu de mettre un point interrogatif à l'égard de ces 12.* On ignore en effet si ceux-ci ont eu plus tard une récidive; par ces deux mots de »plus tard», l'auteur entend 2 à 3 ans, comme pour le cancer dans d'autres régions.

Au premier coup d'œil, on peut être étonné de voir que l'opération la moins radicale a eu des résultats infiniment moins satisfaisants, savoir 74 morts sur 93 opérés, tandis que l'opération si grave de l'ablation du cancer par la résection intestinale montre 26 décès sur 48 cas. Comme il a été signalé dans le mémoire original, on peut en chercher la raison dans un grand nombre de causes concommittantes. Le fait que la *résection intestinale* est un acte opératoire d'une nature grave, provoquant facilement le *collapsus*, est démontré par la circonstance que 12 des 26 sujets qui moururent de l'opération, succombèrent dans les premières 24 heures après l'opération même. Des 93 chez lesquels il fut établi un *anus artificiel*, 26 moururent de collapsus dans les premières 24 heures après l'opération. Ce chiffre très inférieur de décès, quoique néanmoins considérable, montre par lui-même dans quel état déplorable un grand nombre de ces malades se trouvaient à l'époque de l'opération. Dans d'autres conditions, la colostomie n'est pas une opération bien dangereuse. L'auteur renvoie, à cet égard, aux statistiques données dans l'appendice, et spécialement à celles d'Ashhurst et de van Erckelens. Le collapsus a aussi été mentionné à plusieurs reprises pour les individus morts plus de 24 heures après l'opération.

L'auteur a pu réunir dans les groupes suivants *les causes de décès des cas d'opération de cancer intestinal.* Le nombre ne s'en élève toutefois qu'à *59 cas* parfaitement connus, et dans un certain nombre de ces cas plusieurs causes léthales ont agi simultanément: ainsi, la péritonite avec la nécrose des bouts des intestins, etc.

Pour les 59 cas de mort provenant de l'opération, les *causes léthales* ont été les suivantes:

Collapsus dans	20	cas;
Péritonite [1]) dans	24	»
Sepsie aigüe »	1	»
Perforation de l'intestin	8	»
Nécrose des bouts d'intestin retranchés	2	»
Pneumonie	3	»
Iléus survenu un certain temps après l'opération (6me jour)	1	»

Mais outre ces diverses causes de mort, bien d'autres dangers menacent la vie du malade, principalement la *rupture des sutures* appelées à tenir les bouts de l'intestin réunis, de même que la *première*

[1]) Avec les affections s'y rattachant, telles que le phlegmon rétro-péritonéal etc.

défécation après l'opération amène le danger de la rupture intestinale. Toutes ces éventualités sont exposées en détail dans le mémoire original.

Ce sont la plupart de ces dangers que l'auteur estime pouvoir être évités ou dans tous les cas diminués, par l'emploi de la méthode opératoire décrite ci-dessus, savoir la résection extra-abdominale.

Un fait à remarquer à cet égard, c'est que *le danger du collapsus est évidemment moindre;* il ne faut en effet que peu de temps pour amener la totalité de la portion de l'intestin qui est le siège du cancer en dehors de la paroi abdominale et la fixer à la plaie. On a en outre *moins à redouter de la péritonite*, la seconde des principales causes léthales, vu que l'on ferme en entier la cavité péritonéale avant d'ouvrir l'intestin; en outre, du moment où l'on ne fait pas la résection de la partie cancéreuse, mais que l'on ouvre seulement l'intestin centralement par rapport à cette partie, il n'existe pas un si grand danger que le contenu ichoreux, mêlé de fèces, entre dans la cavité du péritoine. S'il n'est pas absolument nécessaire de supprimer des cas d'iléus, *on peut tout simplement s'abstenir d'ouvrir l'intestin* avant qu'il adhère à l'enveloppe péritonéale de la paroi abdominale [comme dans la colostomie du cancer du rectum sans cas violent d'iléus]; dans ce cas-là, le danger de la péritonite est totalement écarté. Il en est de même de celui de sepsie aigüe (si on veut la séparer de la péritonite). Quand tout s'est calmé, et que la défécation est redevenue normale par l'anus contre nature établi, on peut *tranquillement et sans se presser*, *même sans narcose*, *opérer la résection du carcinome avec les parties circulaires saines avoisinantes de l'intestin*, *sans le moindre danger pour le malade*, la cavité péritonéale étant totalement close. *Il sera maintenant possible d'observer le malade aussi longtemps que l'on estimera nécessaire pour écarter le danger d'une nécrose éventuelle des bouts d'intestins resequés, et pour voir s'il ne se présente pas de récidive.*

Il ne reste plus maintenant qu'à guérir le malade de son anus artificiel. Le sujet décidera lui-même s'il veut s'exposer au danger qui y est attaché. Le malade de l'auteur s'y décida, et la défécation resta ensuite normale pendant le reste de sa vie. Pour diminuer le danger de cette opération, lequel dépend principalement de la rupture des sutures, *on peut essayer la résection extra-abdominale et l'application des sutures pour anus artificiel*, et dès que le passage est rétabli, on replacera sans danger l'intestin fermé. Toutefois, il peut arriver que les bouts des intestins se sont si fortement ratatinés, que l'application de cette suture extra-abdominale ne peut guère s'employer comme règle.

La méthode de traitement extra-abdominale pour le cancer intestinal doit par conséquent être formellement recommandée comme moins dangereuse que les méthodes employées jusqu'ici.

Mais est-il possible de se servir de cette méthode dans chaque cas de cancer intestinal?

Les parties des intestins qui ont un *long mésentère* peuvent facilement être sorties. Si le mésentère est lui-même infiltré sur une grande extension, on peut, quand on voit qu'il existe néanmoins des chances pour l'essai d'une cure radicale, *aider à la mobilité en pratiquant l'in-*

cision du péritoine au point où celui-ci se rend de l'intestin à la paroi postérieure de l'abdomen, et détacher alors l'intestin à l'aide du doigt er.

On aura toutefois, sans nul doute, rarement à employer cette méthode auxiliaire, *le carcinome ayant le plus souvent son siège dans les parties intestinales qui ont un long mésentère, principalement dans l'S du colon*, le mode de traitement proposé devenant ainsi plus convenable.

Chez les 145 cas recueillis par l'auteur, le siège [1]) *du carcinome a été l'S du colon dans 80 cas.*

La question de *la métastase dans le cancer intestinal primaire*, est d'une grande importance pour décider si l'on doit essayer le traitement radical.

L'auteur examine de plus près cette question, en se référant spécialement aux expériences de HAUSSMAN, et il vient au résultat que *dans les cas de cancer intestinal, il existe une période assez longue pendant laquelle il constitue la seule affection existante*; *on a, si l'on opère le malade dans cette période, l'espérance de pouvoir le guérir radicalement.* Toutefois il ne faut pas trop y compter. Chez le malade de l'auteur, le diagnostic et l'opération ont été entrepris à une époque (apparemment) très précoce. Sept mois après, on constata toutefois dans le foie une métastase qui probablement avait eu sa première origine à l'époque même de l'opération.

Il est par conséquent d'une vaste importance de pouvoir

faire de bonne heure le diagnostic du cancer intestinal.

L'auteur s'arrête en détail à cette question, qui ne se prête pas à un exposé succinct. La mobilité de la »tumeur» et la nature des coliques sont deux des points auxquels il attache de l'importance.

Enfin, M. BLOCH passe au *traitement* que l'on doit préférer aux différentes périodes du cancer intestinal.

Annexe I.

Il est communiqué dans cette annexe 7 cas de cancer intestinal occupant une place spéciale, en ce qu'il s'agit de *cancer dans l'S du colon* faisant prolapsus *de l'anus* et opéré d'une façon spéciale. De ces 7 cas, 4 réussirent, tandis que 3 furent suivis de la mort.

Si l'on ajoute ces 7 cas aux 145 cas mentionnés ci-dessus, on arrive au résultat que

l'opération du cancer intestinal a eu lieu dans 152 cas.

Dans 87 de ces 152 cas, le cancer avait son siège dans l'S du colon

Dans 55 cas on essaya le traitement radical. Des ces 55 sujets, 26 survécurent à l'opération, tandis que 29 moururent des suites.

Des 7 cas mentionnés dans cette Annexe I, un malade vivait encore 3 ans après l'opération.

Ces cas paraissent fournir un prognostic relativement bon, probablement par la raison qu'ils avaient été opérés de bonne heure; il ne

---

[1]) Voir le mémoire original, p. 46.

pouvait plus s'y présenter de prolapsus à une époque postérieure, après la formation d'adhérences avec les organes voisins.

Annexe II.

Statistiques du cancer intestinal.

Annexe III.

Liste de la littérature.

Post-scriptum.

Le malade traité par la résection extra-abdominale du cancer dans l'S du colon, est *mort* le 19 décembre 1891, par conséquent *$11^1/_2$ mois après la résection, et $6^3/_4$ mois après l'opération pour l'anus contre nature.*

L'autopsie fit découvrir un énorme cancer du foie, et en outre des glandes rétropéritonéales dégénérées. Au surplus, aucun signe de cancer.

L'intestin traité, qui a fonctionné normalement jusqu'au jour de la mort, mesure, au point de résection, un diamètre de 7 centimètres, et par conséquent *ne présente pas de rétrécissement. La ligne des sutures, à peine visible, est recouverte* d'épithélium normal. Quand on voit la préparation, on ne croirait pas que les deux opérations aient eu lieu.
